



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude de protocoles de maisons de santé pluriprofessionnelles des
Hauts-de-France au regard des critères d'évaluation proposés par
la caisse primaire d'assurance maladie : aide à la rédaction et à leur
valorisation.**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2019 à 16h00
au Pôle Recherche.
Par Marion Fenetre

JURY

Président :

Monsieur le Professeur DEFEBVRE Luc.

Assesseurs :

Monsieur le Professeur LEROUGE Patrick.

Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir.

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur VERNIEST Laurent.

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel.

APMSL : Association des pôles et maisons de santé libéraux.

ARS : Agence régionale de santé

ASIP : Agence des systèmes d'information partagée.

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie.

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

ESP : Equipe de soin primaire.

FEMASHDF : Fédération des maisons de santé en Hauts-de-France

FEMASNORD : Fédération des maisons et pôles de santé en Nord-Pas-de-Calais.

FI : Fiche d'identité du protocole.

HAS : Haute autorité de santé.

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle.

PDS : Professionnel de santé.

PP : Protocole pluriprofessionnel.

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

STROBE : Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology.

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	2
LISTE DES ABBREVIATIONS	4
RESUME	7
SUMMARY :	8
INTRODUCTION	9
1. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en région :	9
2. Définition des maisons de santé :	10
3. Les protocoles pluriprofessionnels des MSP :	12
METHODE	15
1. Conception - type d'étude	15
2. Recueil des données	15
3. Participants	15
4. Variables	16
▶ Variables correspondantes aux critères de la grille d'évaluation de la CPAM :	16
▶ Variables hors critères de la grille :	23
5. Mesure	26
▶ Etude de la conformité des protocoles à la grille proposée par la CPAM :	26
▶ Etude de la corrélation entre 3 variables et la note de conformité :	27
6. Analyse statistique	28
7. Plan	28
RESULTATS	29
DISCUSSION	40
1. Synthèse des résultats - résultats clés :	40
▶ Validation globale et note de conformité	40
▶ Influence du critère fiche d'identité sur la validation et la note de conformité	40
▶ Influence du critère thématique abordée sur la validation et la note de conformité	41
▶ Influence du critère schéma sur la validation et la note de conformité	41
2. Forces et limites :	41
3. Interprétation :	43
▶ Les protocoles	43
▶ La grille proposée par la CPAM	44
CONCLUSION	45
LISTE DES REFERENCES	47
LISTE DES TABLEAUX	49

LISTE DES FIGURES	50
ANNEXES	51
1. Annexe A : exemple de fiche d'identité proposée par le guide d'élaboration des protocoles pluriprofessionnels de l'HAS en 2015 (10).	51
2. Annexe B : grille d'évaluation proposée par la CPAM.	52
3. Annexe C : note méthodologique de la grille d'évaluation de la CPAM.	53

RESUME

Titre : Etude de protocoles de maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France au regard des critères d'évaluation proposés par la caisse primaire d'assurance maladie : aide à la rédaction et à leur valorisation.

Introduction : La rédaction de protocoles pluriprofessionnels par les équipes exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) participe au travail coordonné et leur permet d'obtenir des rémunérations. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a récemment élaboré une grille d'évaluation pour décider de leur validation. L'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux de validation de cette grille par un échantillon de protocoles recueillis auprès de MSP des hauts-de-France. L'objectif secondaire est d'aider les équipes dans l'élaboration et la valorisation de leurs protocoles.

Méthode : Une étude quantitative a été réalisée auprès des MSP adhérentes à la FEMASNORD (fédération des maisons et pôles de santé en Nord-Pas-de-Calais) sur la validation des critères de la grille CPAM et de critères hors grille par des protocoles reçus sur la base du volontariat.

Résultats : Sur les 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des haut-de-France, 5 soit 13.89 % IC95% [4.67 ; 29.5] % valident la grille. La note moyenne de conformité est de 5.25 sur 8 IC95% [4.63 ; 5.87]. Cette note est significativement plus élevée pour les protocoles présentant une fiche d'identité.

Discussion : Nous avons mis en évidence un faible taux de validation de la grille. La présence d'une fiche d'identité améliore sur notre échantillon la réponse à la grille. En utilisant la grille avec un barème gradué, la note moyenne est supérieure à 4/8 et permet d'intégrer une dimension de progression du protocole. La grille harmonise l'évaluation des protocoles cependant la présence d'un critère le valide mais ne prédit en rien de sa pertinence.

SUMMARY :

Title : Study of protocols of pluri-professional medical centers in the Hauts-de-France with regard to the evaluation criteria proposed by the primary health insurance fund: help with writing and their valuation.

Introduction : The redaction of pluri-professional protocols by teams working in pluri-professional medical centers (MSP) is part of their coordinated work and allows them to receive remunerations. The *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM) has recently elaborated an evaluation grid to decide on their approval. The main objective of this study is to determine the approval rate by this grid of a sample of protocols collected from MSP of *Hauts-de-France* (Northern France). The secondary objective is to help teams with the elaboration and valorization of their protocols.

Method : A quantitative study has been realized on the MSP that are members of the FEMASNORD (*Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Nord-Pas-de-Calais* i.e the Federation of Healthcare Centers and Poles in Nord-Pas-de-Calais) about the validation of the CPAM grid criteria by protocols received on a voluntary basis.

Results : Out of the 36 protocols collected among 10 MSP of Northern France, 5 i.e 13.89% IC95% [4.67 ; 29.5] % validated the grid. This grade is significantly higher for protocols with an identity form.

Discussion : We have proved the weak validation rate of the grid. The presence of an identity form improves the answers to the grid in our sample. By using the grid with a graduated scale, the average grade is greater than 4/8 and allows to integrate a protocol-improving dimension. The grid harmonizes the evaluation of protocols. However, the presence of a criterion validates it but does not predict its relevance.

INTRODUCTION

1. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en région :

Les maisons de santé sont en développement dans la région.

En France, il existe plus de 1000 Maisons de Santé en activité ou en projet.

Selon la fédération des maisons de santé en Hauts-de-France (1), elles sont 111 en activité dans la région (projet validé par l'Agence régionale de santé ARS).

La fédération des maisons de santé en hauts-de-France (FEMASHDF) est une association loi 1901 résultant de la réunion des Fédérations Picarde et Nord-Pas-de-Calais (FEMASNORD) en juin 2018.

Elle compte 43 MSP adhérentes dont 4 en projet (2).

Ses buts sont entre autres de promouvoir l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins primaires et accompagner la mise en œuvre des projets de santé, d'apporter une expertise aux équipes de soins primaires (ESP) , de représenter les ESP, MSP et Communautés professionnelles territoriales de santé auprès des différents acteurs institutionnels régionaux, de promouvoir l'enseignement et la formation pluriprofessionnelle, la valorisation des compétences, l'évaluation des pratiques, la démarche qualité et la recherche-action au sein des équipes.(3)

Le président de son conseil d'administration est le Dr Verniest, qui est également le directeur de cette thèse.

2. Définition des maisons de santé :

Les maisons de santé sont apparues dans le code de la santé publique avec la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 (4) donnant la possibilité d'un exercice collectif aux libéraux.

Elles traduisent la volonté d'améliorer à la fois la prise en charge des patients de plus en plus complexe et à la fois les conditions d'exercice des professionnels de santé (PDS) dans un contexte de disparité de leur répartition, de démographie médicale vieillissante, et de volonté de changement de l'exercice libéral pour les nouvelles générations.

Les dernières actualisations de leur définition sont :

- **La loi Fourcade du 10 Août 2011** (5)

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

Cette loi a notamment autorisé le partage d'information entre soignants et elle a donc permis l'émergence de logiciels labélisés par l'agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP). Elle a également mis en place le cadre juridique de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

- **La loi de Modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016** (6) :

Elle introduit la notion de maison de santé « universitaire » qui a pour objectif le développement de la formation et de la recherche en soins primaires.

Ce sont donc des structures dotées d'une personnalité morale, constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens qui exercent à titre libéral des activités de soins et qui peuvent être regroupés physiquement ou non.

La mise en place de cet exercice coordonné nécessite le respect de plusieurs étapes comme le rappelle le syndicat des médecins généraliste (7) : les professionnels qui y exercent doivent élaborer un projet commun de santé établi à partir d'un diagnostic de territoire , preuve de leur exercice coordonné, afin de conclure avec l'agence régionale de santé (ARS) un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM : contrat conclu pour 5 ans entre l'ARS et le représentant de la structure définissant leurs engagements mutuels). Cela permet le versement d'aide financière. Elles peuvent donc percevoir des subventions publiques pour organiser et pratiquer leur exercice collectif dans le but d'améliorer la santé des patients.

Pour pouvoir percevoir les rémunérations des activités exercées en commun, elles doivent obligatoirement avoir le cadre juridique de SISA qui ne s'adresse uniquement qu'aux professionnels médicaux, paramédicaux et pharmaciens et doit comporter au moins deux médecins et un paramédical.

Ces rémunérations sont encadrées par L'ACI qui est l'accord conventionnel interprofessionnel. Il a été signé le 20 avril 2017 entre 21 syndicats représentatifs et officialisé par sa parution au Journal Officiel le 5 août 2017 (8)

Il fonctionne selon le principe d'une rémunération conventionnelle versée aux structures SISA, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs articulés autour de 3 axes :

- l'accès aux soins ;
- le travail en équipe ;
- l'utilisation d'un système informationnel partagé (labellisation ASIP Santé).

Parmi les indicateurs :

- A. Des indicateurs socles obligatoires prérequis : amplitude d'horaire d'ouverture, pas de fermeture pendant les congés scolaires, plages de soins non programmés quotidien, présence d'un coordinateur, Système d'information (c'est-à-dire logiciel de gestion des dossiers médicaux) labellisé par l'ASIP, commun à tous les professionnels de la structure et permettant le partage de l'information.
- B. Des indicateurs socles obligatoires non prérequis : rédaction de protocoles pluriprofessionnelles (PP) et organisation de concertations Pluriprofessionnelles.
- C. Des indicateurs « optionnels » : diversité des professions médicales ou paramédicales, organisation de consultations de second recours, accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un contrat de solidarité territoriale médecin, missions de santé publique...

3. Les protocoles pluriprofessionnels des MSP :

L'élaboration de PP fait partie des critères socles obligatoires de l'axe travail en équipe de l'ACI. Ils participent et sont nécessaires à l'obtention d'une rémunération commune.

Selon L'ACI, les PP sont élaborés pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents PDS et doivent

- S'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés.
- Être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires.
- Être adaptés à chaque équipe et 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 portent sur des thèmes prioritaires listés. Si ce n'est pas le cas, ils font l'objet d'un examen individuel par l'assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.

Malgré cette définition, les équipes peuvent rencontrer des difficultés pour élaborer leurs protocoles.

Une thèse d'exercice de 2016 portant sur « L'intérêt d'un coordinateur dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse » (9) évoquait le caractère inhabituel pour les PDS d'établir des protocoles « 67.6% des professionnels interrogés veulent faire appel à un coordinateur pour l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels, etc. ».

C'est pourquoi des aides à l'élaboration des protocoles ont été développées, notamment :

- L'HAS (Haute autorité de santé) qui avait mis à disposition dès 2015 un guide « comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? » (10). Il propose un parcours en 3 étapes principales (préparation, élaboration, mis en œuvre et suivi). Chaque étape étant détaillée avec une liste de tâches à réaliser et de critères à satisfaire.
- Les ateliers organisés par les fédérations notamment le FEMASHDF (11).
- Les revues de formation médicale proposent des articles sur le sujet comme le concours médical (12)

C'est dans ce contexte que s'est posée la question d'un outil d'analyse des protocoles qui pourrait servir à la fois de guide de rédaction pour les équipes mais aussi de guide d'évaluation pour obtenir leur valorisation par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Le travail de thèse s'orientait initialement vers l'analyse de protocoles existants afin de proposer un tel outil.

La CPAM a cependant dans l'intervalle élaboré une grille à usage interne visant à évaluer la validité des protocoles étant hors liste des thématiques prioritaires de l'ACI. (Annexe A)

Cet outil se présente sous la forme d'une grille construite à partir des critères recommandés par le guide HAS et par ceux indiqués dans l'ACI. Les critères sont au nombre de 11 (8 critères essentiels plus 3 critères optionnels) et couvrent 4 thèmes à savoir : analyse du contexte et du besoin de mise en œuvre du protocole, analyse de la manière dont le protocole est construit et peut atteindre ses objectifs (contenu du protocole), accessibilité du protocole en soin et prévision d'auto-évaluation du protocole. Afin d'être valorisé, un protocole doit obligatoirement remplir les 8 critères essentiels.

Une nouvelle direction est alors donnée à notre travail.

L'objectif principal de ce travail est d'estimer le taux de protocoles des MSP des Hauts-de-France déjà écrits conformes à la grille d'évaluation proposée par la CPAM.

Les objectifs secondaires de ce travail sont de relever les points forts et les points faibles à la fois des protocoles mais aussi de la grille proposée par la CPAM afin de faire émerger des pistes d'améliorations et d'aider les équipes dans l'élaboration de leurs protocoles.

METHODE

1. Conception - type d'étude

Notre travail est une étude **quantitative descriptive transversale**.

2. Recueil des données

Nous avons recueilli des protocoles auprès des MSP adhérentes à la FEMASNORD par le biais de celle -ci.

Pour ce faire, la FEMASNORD a envoyé un appel par mail le 16/02/2018 aux MSP adhérentes afin que, sur la base du volontariat, elles nous communiquent par retour de mail leurs protocoles pour analyse.

La réception des protocoles se faisait sur une boîte mail créée pour le travail de thèse et dédiée à celle-ci. J'étais donc la seule à avoir accès aux protocoles et à en connaître la provenance.

Le recueil s'est effectué du 16/02/18 au 06/04/18.

3. Participants

Tous les protocoles reçus ont été anonymisés, notamment dans le but de diminuer le biais de sélection (biais de volontariat).

Ensuite, tous les protocoles reçus ont été inclus et analysés à l'exclusion des doublons identiques (notamment concernant les MSP Multisite).

4. Variables

Pour l'analyse des protocoles nous avons étudié 25 variables.

Parmi ces 25 variables, 11 sont les critères énoncés par la grille d'évaluation proposée par la CPAM et 14 sont des critères hors grille CPAM émergeants de la lecture des protocoles reçus et de la recherche bibliographique sur le sujet.

Il s'agit de variables qualitatives. Pour certaines la validation est sans équivoque avec une réponse positive ou négative par présence ou absence du critère. Pour d'autre la validation est discutable faisant émerger 2 niveaux de validations correspondants à 2 niveaux d'exigences différents (le niveau 1 sévérité forte et le niveau 2 sévérité faible). Cela concerne 7 variables sur 25 (dont 5 appartenant aux 11 critères de la grille de la CPAM).

► Variables correspondantes aux critères de la grille d'évaluation de la CPAM :

Les 8 critères essentiels :

1. Le protocole répond-il à un vrai besoin identifié par l'équipe.

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) : « *Le protocole identifie et répond à un problème/besoin pluriprofessionnel repéré par une équipe dans une structure de soins. Il tient aussi compte de l'expérience des patients et peut porter une attention particulière aux aidants naturels.* »

Ce critère évalue la présence d'un problème faisant naître un besoin identifié par l'équipe.

- La validation de niveau 1 est obtenue pour les protocoles précisant et annonçant clairement ce critère et le précédant soit de la mention Besoin, soit de la mention problématique ou encore constat de départ.

- La validation de niveau 2 inclut en plus les protocoles pour lesquels on peut retrouver ce critère car ils précisent un besoin mais l'annoncent sous un autre titre (Par exemple : But, risque ou objectif) ou encore ils précisent un besoin sans l'annoncer comme tel (écrit dans le protocole et compris comme étant le besoin dans sa formulation).

Dans tous les autres cas, le critère n'était pas validé.

2. Le besoin identifié nécessite-t-il 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 ?

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des PP de soins des structures Pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le 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) aigue(s) ou chronique(s). Aussi, un protocole ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant.*

Par ailleurs, l'intervention de PS externes à la structure est envisageable dès lors que le protocole répond à un vrai besoin identifié et porté par une équipe pluriprofessionnelle de la structure. Si en revanche le protocole fait par exemple intervenir 1 PS de la structure et des PS externes, le protocole ne répondrait pas au critère d'identification d'un besoin interne à la structure et partagé par plusieurs PS de la structure. »

Ce critère évalue la nécessité d'une action coordonnée de plusieurs professionnels de santé pour la prise en charge de la situation abordée par le protocole.

- La validation de niveau 1 est obtenue pour les protocoles proposant l'intervention de plusieurs professionnels autour d'une problématique en établissant des interactions entre eux. (Par exemple sous forme de schéma fléché)

- La validation de niveau 2 inclut en plus les protocoles proposant l'intervention de plusieurs professionnels autour d'une problématique sans établir clairement d'interaction directe entre eux mais pour lesquels la coordination est acceptée sur la traduction de la volonté de travailler ensemble dans le même objectif (concerne souvent des actions de repérage dans un but commun).

N'étaient donc pas validés les protocoles n'exprimant pas l'intervention de plusieurs professionnels, les protocoles s'apparentant à une fiche mémo ou un rappel théorique sur une problématique et ne traduisant pas de lien entre les professionnels ni volonté de travailler ensemble.

A noter que pour ce critère, n'est pas pris en compte le fait d'annoncer ou non une liste de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge en début de protocole.

3. Les objectifs de la prise en charge proposés sont-ils précisés ?

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le Protocole pluriprofessionnel précise les objectifs résultant de la confrontation des besoins identifiés, à la pratique de l'équipe, au contexte local et aux éléments de bonne pratique collectés dans la littérature. Les objectifs indiquent ce que le protocole est sensé améliorer pour le public concerné.* »

Ce critère évalue la présence d'objectifs définis d'amélioration.

- La validation de niveau 1 est obtenue pour les protocoles précisant et annonçant clairement le ou leurs objectifs.
- La validation de niveau 2 incluait en plus les protocoles précisant un objectif sans l'annoncer comme tel (écrit dans le protocole et compris comme étant l'objectif dans sa formulation).

4. Le protocole est-il limité à un ou des points critiques de la prise en charge ?

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le protocole pluriprofessionnel porte sur un/des points critiques de la prise en charge d'une situation concernant une ou des pathologies aiguës ou chroniques pour le public concerné. Il n'a pas vocation à traiter une situation clinique dans sa totalité.* »

Ce critère évalue le caractère ciblé du protocole qui n'a pas pour finalité d'être exhaustif sur une pathologie donnée mais de répondre à la problématique précise de l'équipe en atteignant le ou les objectifs fixés.

Les protocoles ciblés sur une problématique étaient validés.

- 5. Le protocole précise-t-il le rôle de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge ?**
- 6. Le protocole précise-t-il les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge ?**

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Un protocole décrit qui fait quoi, quand, comment, pourquoi, pour qui et avec qui ; Il peut prendre la forme d'un texte, d'un tableau, d'un logigramme, etc.* »

Ce critère évalue si l'intervention de chaque professionnel est clairement définie. C'est-à-dire que ce qu'il fait et quand il le fait est détaillé.

Les protocoles décrivant les rôles de chacun validaient ce critère.

Les protocoles précisant le moment d'intervention de chacun validaient ce critère.

7. Le protocole est-il conforme aux bonnes pratiques ou lorsqu'elles n'existent pas, est-il basé sur les meilleures pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe.

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le protocole pluriprofessionnel doit être conforme aux éléments de bonnes pratiques. Il peut s'agir des recommandations élaborées par les agences sanitaires : ANSM HAS agence de santé publique France, etc... ou des données actualisées de la littérature. Lorsqu'il n'existe pas de preuves sur un aspect de la prise en charge, l'équipe peut adopter une position sur les meilleurs pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe basé sur l'expérience des PS. Quand des référentiels existent, le protocole doit les indiquer. »*

Ce critère évalue la recherche bibliographique effectuée sur le sujet.

- La validation de niveau 1 de ce critère était obtenue pour les protocoles indiquant des références bibliographiques détaillées.
- La validation de niveau 2 incluait en plus les protocoles citant des organismes (par exemple HAS) sans détailler leur source.

8. Le protocole prévoit-il des échanges en équipe pluriprofessionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières ?

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le protocole doit permettre de discuter et analyser en équipe pluriprofessionnelle les variations et les effets indésirables et proposer des solutions pour y remédier : changement d'organisation, formations, modifications du protocole, etc. Il doit être régulièrement mis à jour, au moins annuellement, en fonction de l'expérience des professionnels et des patients, de l'évolution de l'état de la science, des recommandations ou de la réglementation. Au cours de cette mise à jour, le constat peut être fait d'une entrée dans la routine des pratiques promues par le protocole, réduisant l'intérêt de sa consultation par les membres de l'équipe. Dans ce*

cas le protocole peut être archivé en restant disponible pour les nouveaux membres de l'équipe. »

Ce critère évalue l'existence d'une réévaluation en équipe permettant éventuellement si nécessaire des modifications du protocole.

Les protocoles validés sont ceux programmant une date de réévaluation du protocole ou précisant une date de dernière modification témoin d'une actualisation.

Les 3 critères optionnels :

9. Le protocole prévoit-il des outils associés à la prise en charge ?

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le protocole définit et élabore les outils qui doivent être associés au protocole, tels que les éléments suivants : outils de repérage des patients et situations concernées par le protocole, description d'une procédure diagnostique ou thérapeutique, points de vigilance, aide à la tenue des réunions de concertation plan personnalisé de santé, harmonisation des messages aux patients. »*

Ce critère évalue la présence d'un ou des outils utile(s) pour l'amélioration de la prise en charge, pour aider à répondre à la problématique et à travailler en équipe.

- La validation de niveau 1 est obtenue pour les protocoles proposant un outil distinct bien défini.
- La validation de niveau 2 inclut en plus les protocoles évoquant un outil sans apporter de précisions ni l'annexer, et les protocoles pouvant être considérés eux-mêmes comme l'outil (par exemple dans le cas où le protocole décrit une procédure diagnostique ou thérapeutique, décrit des critères de repérage de la population ou des points de vigilance) mais sans proposer d'outil distinct.

10. Le protocole est-il simple et aisément consultable lors des soins ?

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le protocole doit être formalisé sous un format simple et court donc très lisible pour tous les acteurs lors de sa mise en œuvre. En pratique il doit pouvoir rapidement être accessible et utilisable lors des soins.* »

Ce critère évalue le côté pratique du protocole.

La validation de ce critère obtenu pour les protocoles compréhensibles et dont le lieu de consultation est précisé.

11. Le protocole prévoit-il des critères de suivi ?

Définition selon la note méthodologique concernant la grille d'évaluation des protocoles PP de soins des structures Pluriprofessionnelles dans le cadre de l'ACI de la CPAM (annexe C) « *Le protocole doit permettre de suivre et de documenter simplement les écarts au protocole. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour cela. Un protocole ne fige pas la pratique : il est de la responsabilité d'un professionnel d'en sortir s'il estime que le protocole ne s'applique pas à un patient. Dans ce cas, il l'inscrit dans le dossier en le justifiant, de telle sorte que les autres professionnels qui prennent en charge le patient en soient informés. Il doit permettre recueillir les effets indésirables liés à l'utilisation du protocole : en utilisant par exemple un registre, une fiche dédiée, une analyse de dossiers pris au hasard. Il doit permettre de discuter et analyser en équipe pluriprofessionnelle les variations et les effets indésirables et proposer des solutions pour y remédier : changement d'organisation, formations, modifications du protocole, etc. L'HAS propose les critères de suivi suivants : nombre de personnes prises en charge selon le protocole ; nombre de personnes concernées ; effets indésirables liés à l'utilisation du protocole ; évolution de résultats des soins selon des critères cliniques ou biologiques ; satisfaction des professionnels et des patients. Ce suivi permet notamment d'évaluer l'atteinte des objectifs du programme.* »

La validation de ce critère est obtenue pour les protocoles précisant clairement leurs critères de suivi permettant une réévaluation.

► **Variables hors critères de la grille :**

12. Fiche d'identité du protocole.

Ce critère évalue si le protocole est doté d'une fiche d'identité (FI).

Cette notion de fiche d'identité est retrouvée dans le guide de l'HAS 2015 avec un exemple en annexe (Annexe B) adapté du modèle de l'APMSL Pays de la Loire. Selon le guide, sa rédaction fait partie des étapes de l'élaboration d'un protocole.

Elle se présente sous la forme d'un tableau de 18 items : la date de création, la date de modification, la structure porteuse, le titre, le référent, la liste des professionnels impliqués dans la prise en charge, l'objectif général, l'objectif secondaire, la population cible, les critères d'évaluation, la liste des documents associés (outils), la liste des sources documentaires, le lieu de consultation du protocole, la liste des professionnels adhérents au protocole, la liste des professionnels informés du protocole, le groupe de travail, le mode de validation du protocole et la date prévue d'actualisation.

- La validation de niveau 1 de ce critère est obtenue lorsque le protocole présente clairement un tableau de fiche d'identité complété.
- La validation de niveau 2 de ce critère est obtenue bien entendu pour les protocoles éligibles à la validation niveau 1 mais aussi pour les protocoles ayant une fiche d'identité de protocole sous forme de tableau mais partiel avec très peu d'items (maximum de 5 items) et pour les protocoles n'ayant pas de fiche d'identité sous forme de tableau mais pour lesquels on retrouve en début de protocole les principaux items listés sous forme de texte dans l'esprit de la fiche d'identité.

C'est à partir de cette FI que nous avons dégagé les variables 13 à 21 car elles font parties des items de la FI, elles ne sont pas déjà traitées par les variables de la grille d'évaluation de la CPAM (1 à 11) et elles paraissent nécessaires à la bonne compréhension et utilisation du protocole.

13. Titre du protocole.

Ce critère évalue la présence ou non d'un titre apparaissant sur le protocole correspondant directement à une validation ou non du critère.

Le titre du fichier informatique n'était pas retenu comme validant.

14. Structure à l'initiative du protocole.

Ce critère évalue la présence ou non de l'identification claire de la structure soit par annonce (Exemple : structure : XXX) soit par la présence d'un LOGO. La présence de ce critère est synonyme de validation.

15. Référent du protocole.

Ce critère évalue la présence ou non de l'identification claire du référent correspondant directement à une validation ou non du critère.

16. Population cible du protocole.

Ce critère évalue la présence ou non de l'identification de la population ciblée par le protocole correspondant directement à une validation ou non du critère.

17. Date de création du protocole.

Ce critère évalue la présence ou non de la date de la création du protocole correspondant directement à une validation ou non du critère.

18. Identification des professionnels de santé impliqués.

Ce critère évalue si le protocole identifie les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.

- La validation de niveau 1 de ce critère est obtenue lorsque le protocole annonce clairement la liste des professionnels concernés et que l'ensemble de ces professionnels sont ensuite retrouvés dans la description du déroulement du protocole.
- La validation de niveau 2 de ce critère est obtenue bien entendu pour les protocoles éligibles à la validation niveau 1 mais aussi pour les protocoles ayant annoncé clairement la liste des professionnels concernés mais dont l'ensemble n'est ensuite pas retrouvé dans la description du déroulement du protocole, et/ou les protocoles n'ayant pas clairement annoncés la liste des professionnels concernés mais où l'on retrouve ensuite dans la description du protocole l'intervention de différents intervenants.

19. Liste des adhérents.

Ce critère évalue la présence d'une liste des adhérents au protocole correspondant directement à une validation ou non du critère.

20. Liste des informés.

Ce critère évalue la présence d'une liste des professionnels informés du protocole correspondant directement à une validation ou non du critère.

21. Groupe de travail.

Ce critère évalue la présence d'un groupe de travail détaillé correspondant directement à une validation ou non du critère.

22. Schéma reliant plusieurs professionnels.

Ce critère évalue la présence d'un schéma reliant l'intervention de plusieurs professionnels correspondant directement à une validation ou non du critère.

23. Référence ACI.

Ce critère évalue la présence d'une référence directe clairement énoncée aux thématiques prioritaires de l'ACI correspondant directement à une validation ou non du critère.

24. Thématique du protocole.

Ce critère évalue la thématique abordée par le protocole. Il n'ouvre pas sur une validation ou non du critère mais permet d'identifier les protocoles portant sur les thématiques prioritaires de l'ACI.

25. Format utilisé.

Ce critère évalue le Format informatique utilisé pour la rédaction du protocole. Il n'ouvre pas sur une validation ou du critère.

5. Mesure

► Etude de la conformité des protocoles à la grille proposée par la CPAM :

Nous avons mesuré la validation de chaque variable individuellement et déclinée selon les 2 niveaux de sévérité quand jugé nécessaire.

A partir de là, nous avons pu mesurer la conformité des protocoles à la grille proposée par la CPAM.

- Pour ce faire nous avons d'abord étudié pour les protocoles reçus le taux de validation global des 8 critères essentiels de la grille CPAM, correspondant alors à la validation du protocole au regard de celle-ci. Ce taux de validation a été décliné en niveau 1 de sévérité (utilisant pour les variables concernées celles ayant obtenues une validation de niveau 1) et en niveau 2 (utilisant pour les variables concernées celles ayant obtenues une validation de niveau 2).

- Ensuite nous avons étudié le taux de validation global des 11 critères de la grille CPAM décliné en niveau 1 et 2 (sur le même principe que décrit précédemment).
- Par ailleurs, nous avons établi une note de conformité des protocoles à la grille CPAM allant de 1 à 8, accordant 1 point par critère essentiel de la grille respecté (qui sont au nombre de 8), et déclinée en niveau 1 et 2 (sur le même principe que décrit précédemment).
- Enfin, nous avons également établi une note bonus de conformité des protocoles à la grille CPAM allant de 1 à 8, accordant 1 point par critère de la grille respecté (qui sont au nombre de 11) en ayant inclus les 3 critères optionnels comme des bonus permettant de rattraper 3 points au maximum en cas de défaut sur les critères essentiels. Note bonus de conformité déclinée aussi en niveau 1 et 2 (sur le même principe que décrit précédemment).

► **Etude de la corrélation entre 3 variables et la note de conformité :**

Dans l'objectif d'aider les équipes dans la rédaction de leur protocole, nous avons cherché à mettre en évidence des pistes d'amélioration.

Nous avons étudié l'influence de la présence d'une fiche d'identité de niveau 1 sur la note de conformité de niveau 1 puis la présence d'une fiche d'identité de niveau 2 sur la note de conformité de niveau 2.

Nous avons étudié également l'influence de la thématique abordée sur la note de conformité niveau 1 et 2.

Enfin nous avons étudié l'influence de la présence d'un schéma sur la note de conformité niveau 1 et 2.

6. Analyse statistique

Nous avons utilisé une loi binomiale avec calcul des intervalles de confiance à 95 % pour l'analyse statistique de la validation de chaque variable et pour l'étude de la conformité des protocoles à la grille proposée par la CPAM (à savoir taux de validation global niveau 1 et 2 aux 8 et 11 critères ainsi que note de conformité niveau 1 et 2 et note bonus de conformité niveau 1 et 2).

Nous avons utilisé un théorème central limite pour calculer les notes moyennes de conformité niveau 1 et 2 avec intervalle de confiance à 95%.

Nous avons utilisé un test de Wilcoxon sur les rangs non-paramétriques (analyse bi-variée) pour étudier les corrélations.

7. Plan

L'étude étant observationnelle, la rédaction de la thèse suit le plan de rédaction STROBE. (13)

RESULTATS

Sur 43 adhérentes FEMASHDF dont 9 en Picardie et 34 en Nord-Pas-de-Calais, 10 Maisons de santé nous ont envoyé des protocoles.

Nous avons récolté 44 protocoles au total, 36 étaient exploitables après exclusion des doublons (8 protocoles issus d'un travail en commun d'une MSP multisite)

Tableau 1 : Validation des critères de la grille de la CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Critère validé	Nombre	%	***IC95%
Besoin *N1	12	33.33	[18.56 ; 50.97] %
Besoin **N2	27	75	[57.8 ; 87.88] %
Coordination *N1	28	77.78	[60.85 ; 89.88] %
Coordination **N2	31	86.11	[70.5 ; 95.33] %
Objectif *N1	27	75	[57.8 ; 87.88] %
Objectif **N2	29	80.56	[63.98 ; 91.81] %
Points critiques	34	94.44	[81.34 ; 99.32] %
Rôle	26	72.22	[54.81 ; 85.8] %
Moment	24	66.67	[49.03 ; 81.44] %
Recommandations *N1	20	55.56	[38.1 ; 72.06] %
Recommandations **N2	28	77.78	[60.85 ; 89.88] %
Outil *N1	14	38.89	[23.14 ; 56.54] %
Outil **N2	34	94.44	[81.34 ; 99.32] %
Simple et consultable	16	44.44	[27.94 ; 61.9] %
Critère de suivi	14	38.89	[23.14 ; 56.54] %
Echanges et actualisation	18	50	[32.92 ; 67.08] %

Légende :

*N1 : validation niveau 1 de sévérité (fort).

**N2 : validation niveau 2 de sévérité (faible).

***IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 2 : Validation des critères hors grille CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Critère validé	Nombre	%	***IC95%
Professionnels de santé impliqués *N1	20	55.56	[38.1 ; 72.06] %
Professionnels de santé impliqués **N2	35	97.22	[85.47 ; 99.93] %
Titre	33	91.67	[77.53 ; 98.25] %
Structure	25	69.44	[51.89 ; 83.65] %
Référent	16	44.44	[27.94 ; 61.69] %
Population cible	25	69.44	[51.89 ; 83.65] %
Date de création	24	66.67	[49.03 ; 81.44] %
Fiche d'identité *N1	16	44.44	[27.94 ; 61.9] %
Fiche d'identité **N2	22	61.11	[43.46 ; 76.86] %
Liste des adhérents	9	25	[12.12 ; 42.2] %
Liste des informés	11	30.56	[16.35 ; 48.11] %
Groupe de travail	15	41.67	[25.51 ; 59.24] %
Schéma	13	36.11	[20.82 ; 53.78] %
Référence ACI	4	11.11	[3.11 ; 26.06] %

Légende :

*N1 : validation niveau 1 de sévérité (fort).

**N2 : validation niveau 2 de sévérité (faible).

***IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 3 : Formats utilisés sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Format	Nombre	%	Intervalle de confiance à 95%
PDF	30	83.33	[67.19 ; 93.63] %
WORD	3	8.33	[1.75 ; 22.47] %
EXCEL	2	5.56	[0.68 ; 18.66] %
JPEG	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %

Tableau 4 : Thématiques abordées sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Thématiques	Nombre	%	Intervalle de confiance à 95%
A			
Bronchopneumopathie chronique obstructive	3	8.33	[1.75 ; 22.47] %
B			
Lombalgie	2	5.56	[0.68 ; 18.66] %
Dépression	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %
C			
Antivitamine K	7	19.44	[8.19 ; 36.02] %
Diabète	3		
Pilulier	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %
D			
Plaie-pansement	2	5.56	[0.68 ; 18.66] %
Gériatrie	3	8.33	[1.75 ; 22.47] %
E			
Surpoids de l'enfant	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %
F			
Interruption volontaire de grossesse	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %
H			
Bronchiolite	2	5.56	[0.68 ; 18.66] %
Total	26	72.22	[54.81 ; 85.8] %
Vaccination	3	8.33	[1.75 ; 22.47] %
Hypertension artérielle	2	5.56	[0.68 ; 18.66] %
Bilan dentaire	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %
Cystite	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %
Hémochromatose	1	2.78	[0.07 ; 14.53] %
Soins non programmés	2	5.56	[0.68 ; 18.66] %
Total	10	27.78	[14.2 ; 45.19] %

Légende

■ Thématiques prioritaires de l'ACI :

A/ Affections sévères compliquées ou décompensées

B/ Pathologie chronique nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle

C/ Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharma bio ide MG ou spé)

D/ Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés, plaies chroniques, patients polypathologiques.

E/ Patients obèses.

F/ Grossesse à risque et grossesse évoluant dans un environnement psycho-social difficile.

G/ Pathologie 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

■ Thématiques non prioritaires de l'ACI.

Tableau 5 : Validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Validation des 8 critères essentiels	Nombre	%	Intervalle de confiance à 95%
Validation Niveau 1	5	13.89	[4.67 ; 29.5] %
Validation Niveau 2	10	27.78	[14.2 ; 45.19] %

Légende :

Niveau 1 : niveau de sévérité fort

Niveau 2 : niveau de sévérité faible

Tableau 6 : Note de conformité niveau 1 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

	Note	Effectif	%	Intervalle de confiance à 95 %
	1	2	5.56	[0.68 ; 18.66]
	2	1	2.78	[0.07 ; 14.53]
	3	3	8.33	[1.75 ; 22.47]
	4	5	13.89	[4.67 ; 29.5]
	5	9	25	[12.12 ; 42.2]
	6	6	16.67	[6.37 ; 32.81]
	7	5	13.89	[4.67 ; 29.5]
	8	5	13.89	[4.67 ; 29.5]
Moyenne	5.25			[4.63 ; 5.87]

Tableau 7 : Note de conformité niveau 2 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

	Note	Effectif	%	Intervalle de confiance à 95 %
	1	1	2.78	[0.07 ; 14.53]
	2	2	5.56	[0.68 ; 18.66]
	3	1	2.78	[0.07 ; 14.53]
	4	3	8.33	[1.75 ; 22.47]
	5	4	11.11	[3.11 ; 26.26]
	6	8	22.22	[10.12 ; 39.15]
	7	7	19.44	[8.19 ; 36.02]
	8	1	27.78	[14.2 ; 45.19]
Moyenne	6.03			[5.4 ; 6.65]

Tableau 8 : Validation globale des 11 critères de la grille CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MPS des Hauts-de-France.

Validation des 11 critères	Nombre	%	Intervalle de confiance à 95%
Validation Niveau 1	4	11.11	[3.11 ; 26.06] %
Validation Niveau 2	7	19.44	[8.19 ; 36.02] %

Légende :

Niveau 1 : niveau de sévérité fort

Niveau 2 : niveau de sévérité faible

Tableau 9 : Note bonus de conformité niveau 1 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

	Note	Effectif	%	Intervalle de confiance à 95%
	1	0		
	2	2	5.56	[0.68 ; 18.66]
	3	1	2.78	[0.07 ; 14.53]
	4	0		
	5	6	16.67	[6.37 ; 32.81]
	6	5	13.89	[4.67 ; 29.5]
	7	9	25	[12.12 ; 42.2]
	8	13	36.11	[20.82 ; 53.78]
Moyenne	6.5			[5.95 ; 7.05]

Tableau 10 : Note bonus de conformité niveau 2 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

	Note	Effectif	%	Intervalle de confiance à 95%
	1	0		
	2	0		
	3	2	5.56	[0.68 ; 18.66]
	4	1	2.78	[0.07 ; 14.53]
	5	0		
	6	3	8.33	[1.75 ; 22.47]
	7	3	8.33	[1.75 ; 22.47]
	8	27	75	[57.8 ; 87.88]
Moyenne	7.36			[6.91 ; 7.81]

Tableau 11 : Influence du critère FI sur la validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts- de- France.

Protocole \ FI	N1 : 16	N2 : 22	% FI N1	% FI N2
A : 5	5	5	100	100
B : 10	10	10	100	100
% A	31.2	22.7		
% B	62.5	45.4		

Légende

FI : fiche d'identité du protocole

N1 : validation niveau 1 de sévérité (fort).

N2 : validation niveau 2 de sévérité (faible)

A : protocole validant les 8 critères essentiels de la grille CPAM de niveau 1

B : protocole validant les 8 critères essentiels de la grille CPAM de niveau 2

Tableau 12 : Corrélation entre la présence d'une fiche d'identité niveau 1 et la note de conformité niveau 1 à la grille CPAM et respectivement pour le niveau 2.

	Effectif	Note médiane	Intervalle de confiance 95%	p
Niveau 1				
Fiche d'identité	16	6.5	[5.75 ; 8]	0.00117133
Absence de fiche d'identité	20	5	[3.75 ; 5]	0.001117133
Niveau 2				
Fiche d'identité	22	7	[6 ; 8]	0.0002847614
Absence de fiche d'identité	14	5	[3.25 ; 6]	0.0002847614

Figure 1 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 1 à la grille CPAM et la présence d'une fiche d'identité de niveau 1 sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France

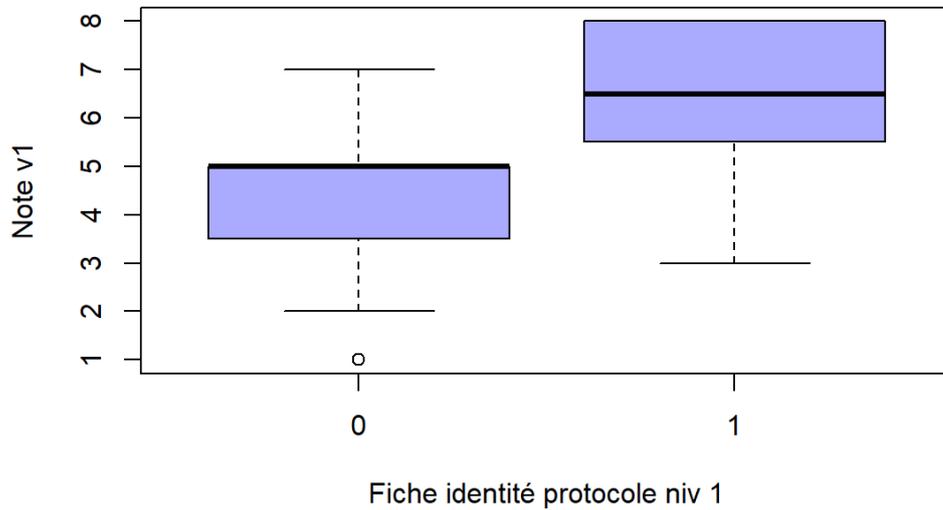


Figure 2 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 2 à la grille CPAM et la présence d'une fiche d'identité de niveau 2 sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

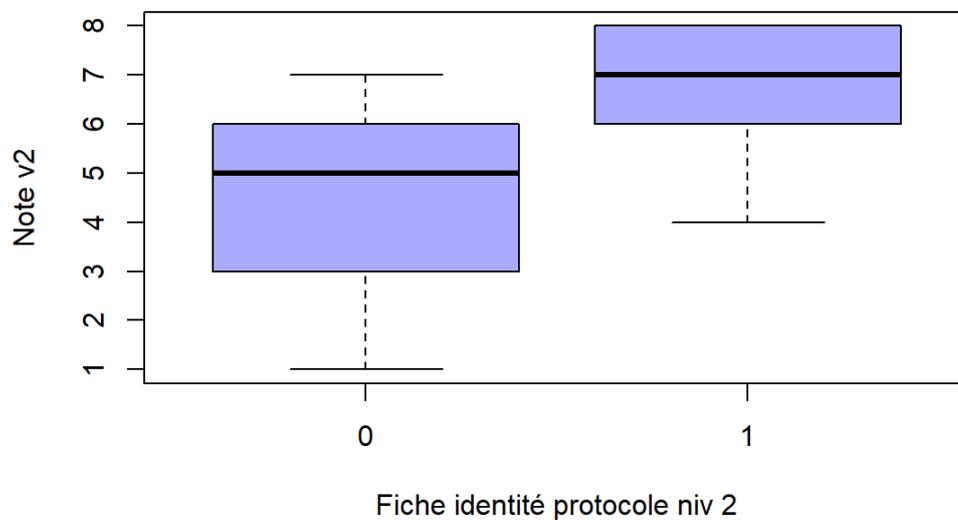


Tableau 13 : Influence du critère thématique sur la validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Haut-de-France.

Thématique \ Protocole	A : 5	B : 10	% A	% B
Prioritaire de l'ACI : 26	5	10	19.2	38.5
Non prioritaire de l'ACI : 10	0	0	0	0
% portant sur thématique prioritaire ACI	100	100		

Légende :

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

A : protocole validant les 8 critères essentiels de la grille CPAM niveau 1 de sévérité (fort).

B : protocole validant les 8 critères essentiels de la grille CPAM niveau 2 de sévérité (faible).

Tableau 14 : corrélation entre la thématique abordée et la note de conformité à la grille CPAM niveau 1 et 2.

	Effectif	Note médiane	Intervalle de confiance à 95%	p
Niveau 1				
Thématique prioritaire de l'ACI	26	5.5	[5 ; 7]	0.07914939
Non prioritaire	10	4.5	[3.25 ; 5.75]	0.07914939
Niveau 2				
Thématique prioritaire de l'ACI	26	7	[5.25 ; 8]	0.0318640
Non prioritaire	10	6	[3.5 ; 6]	0.03186403

Figure 3 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 1 à la grille CPAM et les thématiques prioritaires ACI sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

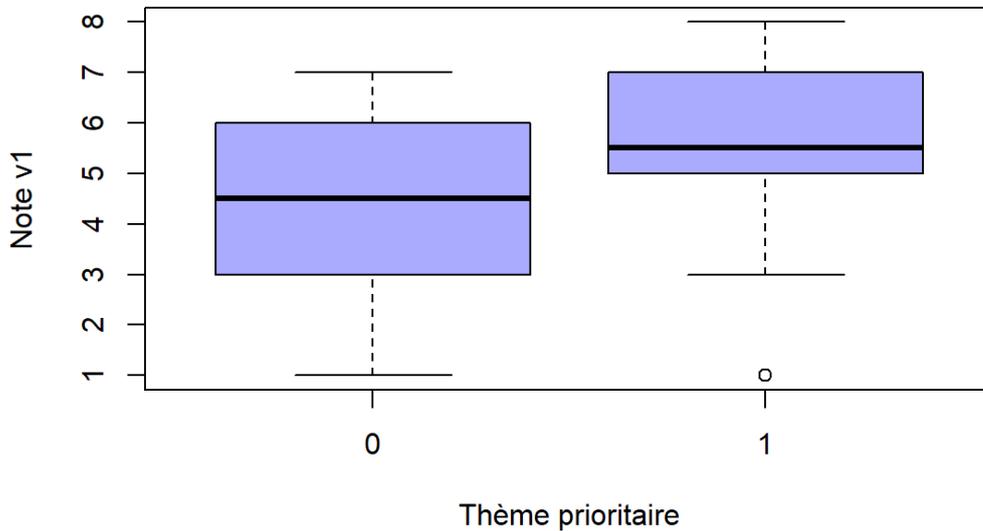


Figure 4 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 2 à la grille CPAM et les thématiques prioritaires ACI sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

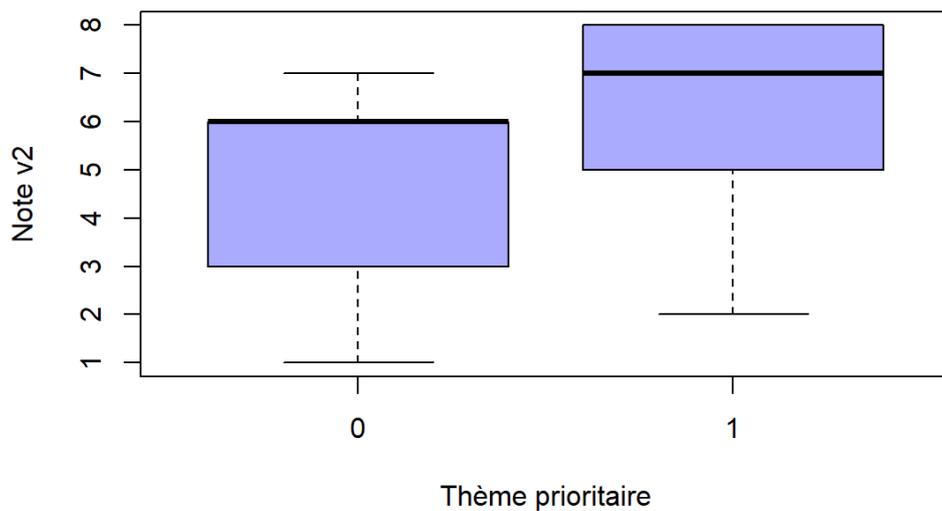


Tableau 15 : Influence de la présence d'un schéma sur la validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Haut-de-France.

Schéma	Présent : 13	Absent : 23	% Présent	% Absent
Protocole				
A : 5	3	2	60	40
B : 10	7	3	70	30
% A	23.08	8.70		
% B	53.85	13.04		

Légende :

N1 : niveau 1 de sévérité.

N2 : niveau 2 de sévérité.

A : protocole validant les 8 critères essentiels de la grille CPAM niveau 1 de sévérité (fort).

B : protocole validant les 8 critères essentiels de la grille CPAM niveau 2 de sévérité (faible).

Tableau 16 : corrélation entre la présence d'un schéma et la note de conformité à la grille CPAM niveau 1 et 2.

	Effectif	Note médiane	Intervalle de confiance à 95%	p
Niveau 1				
Schéma	13	6	[5 ; 7]	0.09155294
Absence de schéma	23	5	[3.5 ; 6.5]	0.09155294
Niveau 2				
Schéma	13	8	[6 ; 8]	0.06432736
Absence de schéma	23	6	[5 ; 7]	0.06432736

Figure 5 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 1 à la grille CPAM et la présence d'un schéma sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

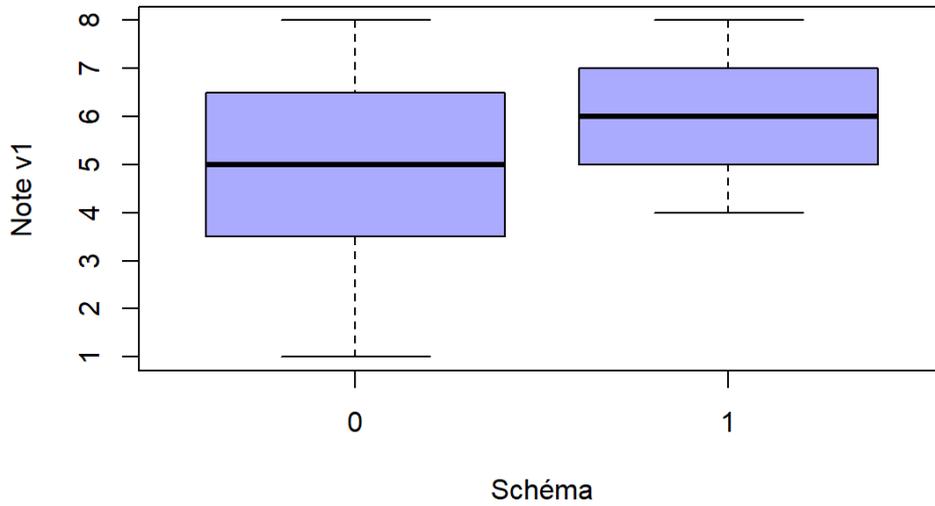
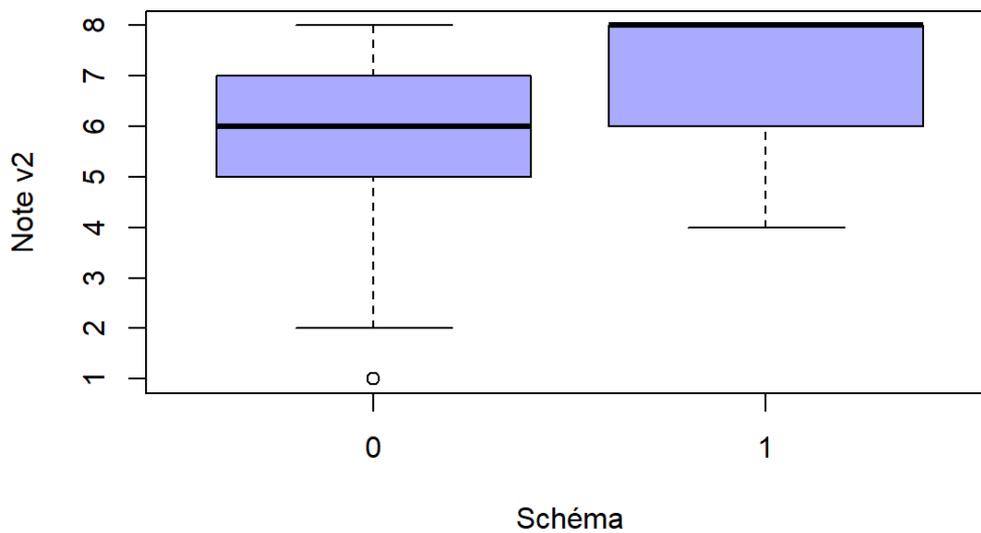


Figure 6 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 2 à la grille CPAM et la présence d'un schéma sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.



DISCUSSION

1. Synthèse des résultats - résultats clés :

► Validation globale et note de conformité.

Sur l'étude des 36 protocoles rédigés par 10 MSP des haut-de-France avant l'élaboration de la grille proposée par CPAM et reçus sur la base du volontariat, 5 protocoles soit 13.89 % IC95% [4.67 ; 29.5] % valident les 8 critères essentiels de la grille CPAM avec un niveau 1 de sévérité. Ils sont 10 soit 27.78 % IC95% [14.2 ; 45.19] % à valider les 8 critères essentiels de la grille avec un niveau 2 de sévérité.

La note moyenne de conformité de niveau 1 est de 5.25 sur 8 IC95% [4.63 ; 5.87]. La note moyenne de conformité de niveau 2 est de 6.03 sur 8 IC95% [5.4 ; 6.65].

La note moyenne bonus de conformité de niveau 1 est de 6.5 sur 8 IC95% [5.95 ; 7.05] et atteint la note maximale de 8/8 pour 13 protocoles soit 36.11% IC95% [20.82 ; 53.78] %. La note moyenne bonus de conformité de niveau 2 est de 7.36 sur 8 IC95% [6.91 ; 7.81] et atteint la note maximale de 8/8 pour 27 protocoles soit 75% IC95% [57.8 ; 87.88] %.

► Influence du critère fiche d'identité sur la validation et la note de conformité.

Parmi l'ensemble des protocoles validés au regard des 8 critères essentiels de la grille CPAM de niveau 1 ou 2 : tous présentent une fiche d'identité de niveau 1.

La note de conformité de niveau 1 est significativement plus élevée pour les protocoles présentant une fiche d'identité de niveau 1 avec une note médiane de 6.5 [5.75 ; 8] $p= 0.00117133$ contre 5 [3.75 ; 5] $p = 0.00117133$ pour ceux sans fiche d'identité de niveau 1.

La note de conformité de niveau 2 est significativement plus élevée pour les protocoles présentant une fiche d'identité de niveau 2 avec une note médiane de 7 [6 ; 8] $p = 0.0002847614$ contre 5 [3.25 ; 6] $p = 0.0002847614$ sans fiche d'identité de niveau 2.

► Influence du critère thématique abordée sur la validation et la note de conformité.

Parmi l'ensemble des protocoles validés au regard des 8 critères essentiels de la grille CPAM niveau 1 ou 2, tous portent sur une thématique prioritaire de l'ACI.

Il n'a pas été montré de corrélation significative entre la note de conformité de niveau 1 et la thématique abordée.

La note de conformité de niveau 2 est significativement plus élevée pour les protocoles portant sur une thématique prioritaire de l'ACI avec une note médiane de 7 [5.25 ; 8] $p = 0.0318640$ contre 6 (3.5 ; 6] $p = 0.03186403$ pour ceux ne portant pas sur une thématique prioritaire de l'ACI.

► Influence du critère schéma sur la validation et la note de conformité.

Il n'a pas été montré de corrélation significative entre les notes de conformité niveau 1 et 2 et la présence d'un schéma.

2. Forces et limites :

La principale limite de cette étude est le biais de sélection.

- Premièrement du fait du recueil par appel de mail via la FEMASNORD : n'ont alors été recrutées uniquement des MSP du nord-pas-de calais (FEMASNORD et fédération Picarde non encore fusionnées au moment du recueil en FEMASHDF) et de surcroit uniquement celles adhérentes à la fédération.
- Deuxièmement du fait d'un recueil des protocoles sur la base du volontariat avec un effet de sélection sur les MSP participantes et sur les protocoles reçus (ensemble des protocoles écrits / protocoles envoyés).

L'effectif était par ailleurs peu important avec seulement 36 protocoles exploitables et 10 MSP participantes sur les 34 adhérentes à la FEMASNORD au moment du recueil.

Limite concernant la méthode, nous avons appliqué une grille d'évaluation proposée récemment par la CPAM sur des protocoles ayant été pensés et rédigés avant sa création. Cependant nous pouvons tout de même relever que cette grille a été construite à partir des critères recommandés par la HAS dès 2015 (10) et par ceux indiqués dans l'ACI dès 2017 (8).

Limite concernant les variables, elles sont qualitatives et parfois subjectives. Ainsi, selon l'intervenant, la validation d'une variable pourrait différer. Nous avons pour cela défini précisément les variables en indiquant, quand jugé nécessaire, 2 niveaux de sévérité dans le souci de mettre en lumière les différences possibles d'évaluation d'un même protocole selon le degré de sévérité choisi en appliquant la grille.

Autre limite concernant les variables, dans notre étude nous avons recherché la présence ou l'absence des critères pour décider de leur validation, mais nous n'avons pas porté de regard construit sur leur pertinence. Notamment concernant le critère « prévoir des échanges en équipe pluriprofessionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières », nous avons recherché si le protocole prévoyait une date d'échange, mais le fait que le protocole signale qu'il le prévoit ne prédit pas de la qualité du résultat. Dans le même esprit, le critère « présence de critères de suivi » nous avons recherché l'énumération de critères de suivi, mais le fait d'avoir des critères énoncés ne juge en rien de leur pertinence. Vont-ils réellement permettre de s'apercevoir si le protocole est défaillant ? Autres exemples, la définition des rôles de chacun bien décrite valide le critère dans notre étude mais respecte-t-il pour autant les champs de compétences de chacun ? Enfin, nous avons considéré que si le protocole mentionne l'endroit de sa consultation alors il valide le critère « aisément consultable en soin » sur la justification de savoir où il se trouve, mais cela veut-il vraiment dire qu'il est facilement accessible ?

Enfin, limite concernant l'analyse statistique des corrélations, nous n'avons pas testé les notes bonus de conformité niveau 1 et 2 car tout d'abord les notes de conformité niveau 1 et 2 permettraient d'avoir des notes plus étalées et ensuite, réaliser des tests multiples aurait imposé de mettre en œuvre une correction de Bonferroni qui aurait consisté à abaisser le seuil de significativité à 5% divisé par 6 pour interpréter chaque test.

3. Interprétation :

► Les protocoles

Nous avons mis en évidence un faible taux de validation globale des 8 critères essentiels de la grille proposée par CPAM (au mieux 27.78 % IC95% [14.2 ; 45.19] % en niveau 2). Cela signifie qu'en l'état actuel, moins de 50% des protocoles reçus obtiendraient une valorisation après application de la grille.

Concernant les pistes d'amélioration, nous avons essentiellement relevé que la note de conformité de niveau 1 est significativement plus élevée pour les protocoles présentant une fiche d'identité de niveau 1 (et respectivement pour la note de conformité de niveau 2 et la fiche d'identité de niveau 2).

La présence d'une fiche d'identité du protocole est donc associée à un nombre de critères essentiels de la grille CPAM validés plus élevé. Cela pourrait traduire un effet « pense-bête » de cette fiche pour l'équipe (lui rappelant des points essentiels devant apparaître et l'incitant à écrire ce qui pour elle est intuitif et qui n'aurait donc pas été clairement écrit en l'absence de la fiche à remplir). Il est aussi possible que la fiche rend plus facile pour l'évaluateur le repérage des critères et donc leur validation. Quoi qu'il en soit, il semble adapté d'encourager les équipes à rédiger une fiche d'identité pour chaque protocole

En revanche, la présence d'un schéma ne semble pas corrélée à une note de conformité plus élevée. Peut-être aurait-il été plus intéressant de rechercher une corrélation entre la présence d'un schéma et la validation des critères « définition des rôles de chacun », « définition des moments d'intervention de chacun », ou encore « nécessité d'une intervention coordonnée » pour estimer si ce mode de présentation améliore la compréhension et la validation de ces critères pour les équipes en difficulté sur ces points précis. Dans un autre domaine, la présentation sous forme de schéma influe peut-être l'appropriation du protocole par l'équipe. Peut-être même que selon le membre de l'équipe, la présentation sous forme de schéma peut faciliter l'appropriation du protocole comme au contraire être un frein. Rechercher une influence de ce critère sur l'appropriation du protocole par une équipe serait peut-être plus concluant.

De même, concernant la thématique abordée, le fait de porter sur une thématique prioritaire de l'ACI a uniquement montré une association peu claire (avec p proche de 0.05) avec la note de conformité de niveau 2 faisant suggérer soit une corrélation faible soit un effectif trop faible.

► La grille proposée par la CPAM

Nous avons remarqué en voulant appliquer aux protocoles reçus la grille proposée par la CPAM que les critères sont qualitatifs et pour certains d'évaluation subjective. Ce constat nous a motivé, quand jugé nécessaire, à dégager pour certaines variables deux niveaux de sévérité de validation.

Cependant, malgré que le double de protocole de notre échantillon soit validé au regard des 8 critères essentiels de la grille CPAM en niveau 2 par rapport au niveau 1, nous n'avons pas montré de taux global de validation des 8 critères essentiels de la grille significativement plus élevé en cas de prise en compte des variables avec un niveau 2 de sévérité contre un niveau 1. Il en est de même pour la note moyenne de conformité.

Il semble donc que le caractère subjectif des variables n'interfère pas de manière significative sur la validation globale des protocoles ou que l'effectif de notre échantillon fût trop faible pour montrer une significativité ou bien encore que la définition des 2 critères de sévérité, étant là encore subjective, n'a pas été suffisamment distincte pour montrer une différence. En effet les limites fixées restent personnelles. Le niveau de sévérité fort reste facilement définissable exigent une présence claire et annoncée du critère. En revanche la limite de la validation de niveau 2 reste très subjective. Par exemple, le fait que le critère soit intuitivement compris mais qu'il n'apparaît à aucun endroit dans le protocole n'a pas été considéré dans cette étude comme valable mais cela pourrait être discuté.

Par ailleurs si la validation globale des 8 critères essentiels de la grille de niveau 2 est faible avec au mieux 27.78 % IC95% [14.2 ; 45.19] %, la note moyenne de conformité de niveau 2 atteint elle 6.03/8 IC95% [5.4 ; 6.65] soit plus de la moyenne (4/8).

Il apparaît donc qu'en utilisant un système d'évaluation plus gradué et moins binaire, le taux de validation serait probablement plus élevé au regard de la note moyenne de

4/8 mais surtout permettrait d'intégrer une dimension de validation sous couvert de progression du protocole, de capacité d'évolution du protocole et donc de donner une finalité pédagogique à la grille proposée en plus de sa finalité d'évaluation.

Enfin la grille proposée par la CPAM comporte 3 critères optionnels qui pour le moment n'interviennent pas dans la validation du protocole. Nous sommes partis de l'idée d'une note bonus de conformité où les critères optionnels permettraient d'obtenir un point chacun si validé pour compenser un point à défaut sur un critère essentiel, la note maximale restant alors de 8. Nous avons alors montré une note bonus moyenne de niveau 1 supérieure significativement à la note de conformité moyenne de niveau 1 (et respectivement pour le niveau 2).

Cette approche permettrait de trouver une application à ces 3 critères optionnels de manière à ce qu'ils puissent apporter une utilité lors de l'évaluation de protocoles. Cette note bonus pourrait aussi permettre de « rattraper » des protocoles qui auraient été invalidés soit sur le taux global de validation des 8 critères essentiels soit, si appliqué, sur une note de conformité comme décrite précédemment en renforçant encore la vision d'évolutivité et de capacité de progression du protocole.

La proposition d'utilisation de la grille CPAM avec un barème gradué (note de conformité et note bonus de conformité) renforce l'idée d'un outil pour améliorer les pratiques et non pas un outil uniquement sanctionnant.

CONCLUSION

Il est évident que donnant lieu à une rémunération publique il est nécessaire qu'un contrôle harmonieux s'effectue sur la validité des protocoles, mais il ne faut pas perdre de vue leur finalité qui est le travail en équipe en vue d'améliorer la prise en charge des patients. Comme le souligne un article de la revue de formation médicale « le concours médical » (14) ils s'inscrivent dans la tendance à effacer la culture du travail vertical au profit d'un travail horizontal avec développement du partage de responsabilité.

Un protocole est par nature toujours modifiable, évolutif. Les critères « prévoir des échanges en équipe pluriprofessionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières » et « présence de critères de suivi » sont aussi les témoins de cette activité. Par ce biais, les équipes évaluent déjà leurs protocoles en termes de résultats bons comme mauvais (Le protocole a-t-il permis une amélioration de la prise en charge ? A-t-il eu des effets indésirables ? Est-il utilisé en pratique par l'équipe ?), les améliorent et les actualisent à l'aide de nouvelles connaissances.

Une incertitude demeure alors sur la possibilité de juger un protocole au regard de sa finalité en utilisant une grille, ou tout autre outil d'analyse, pensé sur le respect de critères si l'évaluateur recherche uniquement la présence de ceux-ci sans regarder leurs pertinences et leurs résultats. La même réflexion peut se faire au sujet des qualités d'un tel outil comme guide pour les équipes dont l'objectif est d'élaborer un protocole effectif, et de ne pas risquer de chercher uniquement à remplir une grille.

Il pourrait donc dans l'avenir être intéressant de s'intéresser, au moyen d'une étude qualitative, à la pertinence des réponses de protocoles pluriprofessionnels aux critères de la grille proposée par la CPAM.

LISTE DES REFERENCES

1. Les maisons de santé Hauts-de-France, état des lieux – Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France [Internet]. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/msp-hauts-de-france/#>
2. Nos adhérents – Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France [Internet]. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/nos-adherents/>
3. La FEMAS Hauts-de-France, qui sommes-nous ? – Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France [Internet]. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/qui-sommes-nous/>
4. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007.
5. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 août 10, 2011.
6. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
7. MG France, L'exercice coordonné : comment faire ? [Internet] Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/component/tags/tag/aci>
8. Journal officiel de la République Française, Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles [Internet]. Disponible sur : <http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/aci-jo.pdf>
9. Bouab F. L'intérêt d'un coordinateur dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse : Enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les maisons et pôles de sante pluriprofessionnels du département de la Meuse. Thèse de médecine. Université de Nancy ; 2016, 132p. [Internet]. Disponible sur : <https://webmail.laposte.net/service/home/~/?auth=co&loc=fr&id=46906&part=4>

10. HAS, Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf

11. Les ateliers protocoles – Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France [Internet]. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/les-ateliers-protocoles/>

12. Le concours médical_tome139_septembre 2017, Desgrées du loû G, dossier protocoles pluriprofessionnels : viser l'utilité. [Internet] Disponible sur : http://www.apmsl.fr/modules/blog/datafiles/FILE_D9C912-8EE65D-F6E9E5-DE8292-07509B-FE5B95.pdf

13. Renforcement de la déclaration des études observationnelles en épidémiologie (STROBE) : lignes directrices pour la déclaration des études observationnelles [Internet]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034723/>

14. Le concours médical_tome141_février 2019, Trébuçq A, protocole pluriprofessionnel : insuffisance cardiaque surveiller, alerter et suivre. [Internet] Disponible sur : <http://www.leconcoursmedical.fr/dossiers/2892-protocole-pluriprofessionnel-insuffisance-cardiaque-surveiller-alerter-et-suivre>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Validation des critères de la grille de la CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 2 : Validation des critères hors grille CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 3 : Formats utilisés sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 4 : Thématiques abordées sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 5 : Validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 6 : Note de conformité niveau 1 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 7 : Note de conformité niveau 2 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 8 : Validation globale des 11 critères de la grille CPAM par 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 9 : Note bonus de conformité niveau 1 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 10 : Note bonus de conformité niveau 2 à la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 11 : Influence du critère FI sur la validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 12 : Corrélation entre la présence d'une fiche d'identité niveau 1 et la note de conformité niveau 1 à la grille CPAM et respectivement pour le niveau 2.

Tableau 13 : Influence du critère thématique sur la validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 14 : corrélation entre la thématique abordée et la note de conformité à la grille CPAM niveau 1 et 2.

Tableau 15 : Influence de la présence d'un schéma sur la validation globale des 8 critères essentiels de la grille CPAM sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Tableau 16 : corrélation entre la présence d'un schéma et la note de conformité à la grille CPAM niveau 1 et 2.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 1 à la grille CPAM et la présence d'une fiche d'identité de niveau 1 sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France

Figure 2 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 2 à la grille CPAM et la présence d'une fiche d'identité de niveau 2 sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Figure 3 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 1 à la grille CPAM et les thématiques prioritaires ACI sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Figure 4 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 2 à la grille CPAM et les thématiques prioritaires ACI sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France

Figure 5 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 1 à la grille CPAM et la présence d'un schéma sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

Figure 6 : Corrélation entre la note de conformité de niveau 2 à la grille CPAM et la présence d'un schéma sur l'étude de 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des Hauts-de-France.

ANNEXES

1. Annexe A : exemple de fiche d'identité proposée par le guide d'élaboration des protocoles pluriprofessionnels de l'HAS en 2015 (10).

Annexe 2 : Exemple de fiche d'identité d'un protocole

Adapté du modèle de l'APMSL Pays de la Loire



Date de création	mm/AA
Date de modification	nm/AA
Structure porteuse du protocole	MSP, Pôle de santé, etc.
Titre du protocole	
Référent (personne-ressource)	Nom et adresse mail
Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge	Dans et hors de la structure porteuse
Objectif général	Ce que veut changer le protocole ou le nouveau service apporté
Objectifs secondaires	Les autres aspects auxquels touche le protocole
Population cible	Public concerné
Evaluation	Critères permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs
Liste des documents associés	Outils facilitant la mise en œuvre du protocole
Liste des sources documentaires ou références	La ou les recommandations sur lesquelles repose le protocole. Sinon, indication d'un consensus d'équipe.
Lieu de consultation du protocole	Classeur, fichier informatique, smartphone, etc.
Liste des professionnels adhérant au protocole	Peut renvoyer à un listing informatisé
Liste des professionnels ou structures informés du protocole	Peut renvoyer à un listing informatisé
Groupe de travail (GT)	Nom des participants au GT ayant élaboré le protocole
Mode de validation du protocole	Comité ou réunion de validation
Date prévue d'actualisation	mm/AA

2. Annexe B : grille d'évaluation proposée par la CPAM.

Grille d'évaluation des protocoles pluri-professionnels des structures pluri-professionnelles					
	Critères	Oui	Non	Ne peut se prononcer	Commentaires
	Besoin et contexte de mise en œuvre du protocole				
Critères essentiels	Le protocole répond-il à un vrai besoin identifié par l'équipe ?				
	Le besoin identifié nécessite-t-il l'intervention coordonnée de plusieurs catégories de PS de l'équipe qui ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant?				
	Contenu du protocole				
Critères essentiels	Les objectifs de la prise en charge proposés sont-ils précisés ?				
	Le protocole est-il limité à un ou des points critiques de la prise en charge?				
	Le protocole précise-t-il le rôle de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge ?				
	Le protocole précise-t-il les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise charge?				
	Le protocole est-il conforme aux bonnes pratiques ou lorsqu'elles n'existent pas, est-il basé sur les meilleures pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe ?				
	Le protocole prévoit-t-il des outils associés à la prise en charge ?				
	Accessibilité du protocole				
	Le protocole est-il simple et aisément consultable lors des soins				
	Auto-évaluation du protocole				
	Le protocole prévoit-il des critères de suivi ?				
Critères essentiels	Le protocole prévoit-il des échanges en équipe pluriprofessionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières ?				
	Le protocole est validé si l'ensemble des critères essentiels figurent dans le protocole, c'est-à-dire si les cases "oui" sont cochées pour chacun d'entre eux				

3. Annexe C : note méthodologique de la grille d'évaluation de la CPAM.

NOTE METHODOLOGIQUE CONCERNANT LA GRILLE D'EVALUATION DES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS DE SOINS DES STRUCTURES PLURI-PROFESSIONNELLES (DANS LE CADRE DE L'ACI)

Cette note est destinée à vous aider à remplir la grille d'évaluation des protocoles pluriprofessionnels de soins, tels que définis par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de soins pluriprofessionnelles.

Cette grille constitue un outil d'aide à la validation pour la valorisation des protocoles de soins hors liste de l'annexe 3 de l'ACI.

La grille d'évaluation a été construite à partir de critères recommandés par la HAS¹ et par l'ACI.

La grille comprend 11 critères regroupés en 4 thèmes qui permettent d'analyser le contexte et le besoin de mise en œuvre du protocole, la manière dont le protocole est construit et peut atteindre ses objectifs, et de s'assurer qu'une autoévaluation au moins annuelle du protocole est prévue.

I- LES CRITERES D'EVALUATION RETENUS

1) Besoin et contexte de mise en œuvre du protocole

→ Le protocole répond-il à un vrai besoin identifié par l'équipe ?

Le protocole identifie et répond à un problème/un besoin pluriprofessionnel repéré par une équipe dans une structure de soins. Il tient aussi compte de l'expérience des patients et peut porter une attention particulière aux aidants naturels.

→ Le besoin identifié nécessite-t-il l'intervention coordonnée de plusieurs catégories de PS de l'équipe qui ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant?

Le 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). Aussi, un protocole ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant.

Par ailleurs, l'intervention de PS externes à la structure est envisageable dès lors que le protocole répond à un vrai besoin identifié et porté par une équipe pluriprofessionnelle de la structure. Si en

¹ Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? HAS 2015

revanche le protocole fait par exemple intervenir 1 PS de la structure et des PS externes, le protocole ne répondrait pas au critère d'identification d'un besoin interne à la structure et partagé par plusieurs PS de la structure.

2) Contenu du protocole

→ Les objectifs de la prise en charge proposés sont-ils précisés ?

Le protocole pluriprofessionnel précise les objectifs résultant de la confrontation des besoins identifiés, à la pratique de l'équipe, au contexte local et aux éléments de bonne pratique collectés dans la littérature. Les objectifs indiquent ce que le protocole est sensé améliorer pour le public concerné.

→ Le protocole est-il limité à un ou des points critiques de la prise en charge ?

Le protocole pluriprofessionnel porte sur un/des points critiques de la prise en charge d'une situation concernant une ou des patients aigues ou chroniques pour le public concerné. Il n'a pas vocation à traiter une situation clinique dans sa totalité.

→ Le protocole précise-t-il le rôle de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge ?

→ Le protocole précise-t-il les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge ?

Un protocole décrit qui fait quoi, quand, comment, pourquoi, pour qui et avec qui. Il peut prendre la forme d'un texte, d'un tableau, d'un logigramme, etc.

→ Le protocole est-il conforme aux bonnes pratiques ou lorsqu'elles n'existent pas, est-il basé sur les meilleures pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe ?

Le protocole pluriprofessionnel doit être conforme aux éléments de bonnes pratiques. Il peut s'agir des recommandations élaborées par les agences sanitaires : ANSM, HAS, agence de santé publique France, etc... ou des données actualisées de la littérature. Lorsqu'il n'existe pas de preuves sur un aspect de la prise en charge, 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. Quand des référentiels existent, le protocole doit les indiquer.

→ Le protocole précise-t-il les outils associés à la prise en charge ?

Le protocole définit et élabore les outils qui doivent être associés au protocole, tels que les éléments suivants : outils de repérage des patients et situations concernés par le protocole ; description d'une procédure diagnostique ou thérapeutique ; points de vigilance ; aide à la tenue des réunions de concertation ; plan personnalisé de santé ; harmonisation des messages aux patients.

3) Accessibilité du protocole

→ Le protocole est-il simple et aisément consultable lors des soins ?

Le protocole doit être formalisé sous un format simple et court donc très lisible pour tous les acteurs lors de sa mise en œuvre. En pratique, il doit pouvoir être rapidement accessible et facilement utilisable lors des soins.

4) Auto-évaluation du protocole

→ Le protocole prévoit-il des critères de suivi ?

Le protocole doit permettre de :

- suivre et de documenter simplement les écarts au protocole. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour cela. Un protocole ne fige pas la pratique : il est de la responsabilité d'un professionnel d'en sortir s'il estime que le protocole ne s'applique pas à un patient. Dans ce cas, il l'inscrit dans le dossier en le justifiant, de telle sorte que les autres professionnels qui prennent en charge le patient en soient informés.
- recueillir les effets indésirables liés à l'utilisation du protocole : en utilisant par exemple un registre, une fiche dédiée, une analyse de dossiers pris au hasard.
- discuter et analyser en équipe pluriprofessionnelle les variations et les effets indésirables et proposer des solutions pour y remédier : changement d'organisation, formations, modifications du protocole, etc.

L'HAS propose les critères de suivi suivants: nombre de personnes prises en charge selon le protocole; nombre de personnes concernées ; effets indésirables liés à l'utilisation du protocole; évolution des résultats des soins selon des critères cliniques ou biologiques ; satisfaction des professionnels et des patients.

Ce suivi permet notamment d'évaluer l'atteinte des objectifs du programme.

→ Le protocole prévoit-il des échanges en équipe pluriprofessionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières ?

Le protocole doit permettre de discuter et analyser en équipe pluriprofessionnelle les variations et les effets indésirables et de proposer des solutions pour y remédier : changement d'organisation, formations, modifications du protocole, etc.

Il doit être régulièrement mis à jour, au moins annuellement, en fonction de l'expérience des professionnels et des patients, de l'évolution de l'état de la science, des recommandations ou de la réglementation. Au cours de cette mise à jour, le constat peut être fait d'une entrée dans la routine des pratiques promues par le protocole, réduisant l'intérêt de sa consultation par les membres de l'équipe. Dans ce cas, le protocole peut être archivé, en restant disponible pour les nouveaux membres de l'équipe.

II- COMMENT UTILISER LA GRILLE POUR VALIDER LE PROTOCOLE

Il convient de répondre à chacun des critères de la grille par oui ou non. En cas d'impossibilité de répondre par oui ou par non, cocher la case « ne peut se prononcer ». Un commentaire peut être ajouté dans la case « commentaire ».

La grille contient des critères qui sont essentiels et qui doivent figurer dans le protocole pour que ce dernier soit validé et rémunéré. Elle contient aussi des critères qu'ils seraient souhaitables de voir figurer mais qui, s'ils sont absents n'empêchent pas, la rémunération des protocoles.

Les critères suivants doivent a minima figurer dans le protocole pour que ce dernier soit validé :

- Le protocole répond-il à un vrai besoin identifié par l'équipe ?- le besoin identifié nécessite-t-il l'intervention coordonnée de plusieurs catégories de PS de l'équipe qui ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant?
- les objectifs de la prise en charge proposés sont-ils précisés ?
- le protocole est-il limité à un ou des points critiques de la prise en charge?
- le protocole précise-t-il le rôle de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge ?
- le protocole précise-t-il les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise charge?
- le protocole est-il conforme aux bonnes pratiques ou lorsqu'elles n'existent pas, est-il basé sur les meilleures pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe ?
- le protocole prévoit-il des échanges en équipe pluriprofessionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières ?

En pratique, les cases « oui » de l'ensemble des critères énumérés supra doivent toutes être cochées pour que le protocole soit rémunéré. Ces cases sont grisées afin de faciliter la prise de décision. Si l'une des cases « oui » de ces critères n'est pas cochée, le protocole ne pourra pas être rémunéré.

Si le praticien conseil estime qu'il est nécessaire d'avoir un échange avec la structure pour émettre son avis, il prend contact avec cette dernière (en lien avec le référent MSP, le cas échéant), et à la suite des échanges, valide ou non le protocole.

AUTEUR : Nom : Fenetre

Prénom : Marion

Date de Soutenance : Jeudi 16 Mai 2019.

Titre de la Thèse : Etude de protocoles de maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France au regard des critères d'évaluation proposés par la caisse primaire d'assurance maladie : aide à la rédaction et à leur valorisation.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Protocoles pluriprofessionnels, maisons de santé pluriprofessionnelles, évaluation, aide à la rédaction, valorisation, validation, ACI accord conventionnel interprofessionnel

Résumé : Introduction : La rédaction de protocoles pluriprofessionnels par les équipes exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) participe au travail coordonné et leur permet d'obtenir des rémunérations. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a récemment élaboré une grille d'évaluation pour décider de leur validation. L'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux de validation de cette grille par un échantillon de protocoles recueillis auprès de MSP des hauts-de-France. L'objectif secondaire est d'aider les équipes dans l'élaboration et la valorisation de leurs protocoles. **Méthode :** Une étude quantitative a été réalisée auprès des MSP adhérentes à la FEMASNORD (fédération des maisons et pôles de santé en Nord-Pas-de-Calais) sur la validation des critères de la grille CPAM et de critères hors grille par des protocoles reçus sur la base du volontariat. **Résultats :** Sur les 36 protocoles recueillis auprès de 10 MSP des haut-de-France, 5 soit 13.89 % IC95% [4.67 ; 29.5] % valident la grille. La note moyenne de conformité est de 5.25 sur 8 IC95% [4.63 ; 5.87]. Cette note est significativement plus élevée pour les protocoles présentant une fiche d'identité. **Discussion :** Nous avons mis en évidence un faible taux de validation de la grille. La présence d'une fiche d'identité améliore sur notre échantillon la réponse à la grille. En utilisant la grille avec un barème gradué, la note moyenne est supérieure à 4/8 et permet d'intégrer une dimension de progression du protocole. La grille harmonise l'évaluation des protocoles cependant la présence d'un critère le valide mais ne prédit en rien de sa pertinence.

Composition du Jury :

Président : Pr DEFEBVRE Luc

Assesseurs : Pr LEROUGE Patrick, Docteur MESSAADI Nassir, Docteur VERNIEST Laurent.

