ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL APPLICABLE AUX STRUCTURES DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES

Guide méthodologique pour la rédaction d'un protocole pluri professionnel

Outil d'aide à la rédaction d'un protocole pluri professionnel à destination des professionnels de santé ayant un exercice regroupé comprenant :

- une base réglementaire rappelant l'article de l'accord conventionnel inter professionnel concernant les protocoles ainsi que les thèmes privilégiés pour la rédaction des protocoles
- des conseils synthétiques quant à la rédaction d'un protocole
- une grille d'aide à la rédaction d'un protocole pluri professionnel construite par la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Bourgogne Franche Comté (FEMASCO-BFC)
- une grille déterminant l'éligibilité à la valorisation des protocoles
- vos contacts en région : référents Assurance Maladie et Agence Régionale de Santé et personnes à contacter au sein de la FEMASCO-BFC.
- des exemples de protocoles répondant aux conditions prévues par l'ACI sur les thèmes de la surveillance des traitements anticoagulants AVK et dépistage et suivi de l'hypertension artérielle
- un exemple de protocoles ne répondant pas aux conditions prévues par l'ACI

Guide labellisé par les membres de la Commission Paritaire Régionale des structures pluri professionnelles de Bourgogne Franche Comté lors de sa réunion du 25 septembre 2019

Objectifs d'un protocole pluri professionnel

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

Base règlementaire

Contenu

Cf. Article 3.2 de l'accord conventionnel interprofessionnel :

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

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

Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l'annexe 3 du présent accord.
Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant dans cette annexe font l'objet d'un examen au cas par cas par le service médical de l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation. »

Thèmes

Cf. Annexe 3 de l'accord conventionnel interprofessionnel :
Les thèmes listés ci-après sont privilégiés pour l'élaboration de protocoles de prise en charge pluri professionnelle et comme sujets des réunions de concertation réalisées autour de dossiers de patients :

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

Conseils pour la rédaction d'un protocole pluri professionnel

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

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

Un protocole pluri-professionnel doit être :

- **Une réponse adaptée à un besoin de la structure,** à l'équipe pluri professionnelle qui le porte, s'appuyant sur la compétence et l'expérience des professionnels de santé concernés,
- **Conforme aux recommandations** élaborées par les agences sanitaires en termes de prise en charge des pathologies, lorsque celles-ci existent,
- **Simple d'utilisation** et facilement consultable lors de la prise en charge d'un patient,

Recommandation : Limiter le protocole pluri-professionnel à un ou des points critiques de la prise en charge.

- **Evalué et actualisé** au regard des retours d'expérience.

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

- **Pourquoi ?**
  - ☞ Quel est l'objectif du protocole en matière de prise en charge ?
- **Pour qui ?**
  - ☞ Pour la prise en charge de quelle population le protocole a-t-il été élaboré ?
- **Qui fait quoi ?**
  - ☞ Quelles sont les catégories de professionnels impliqués ?
  - ☞ Quelle(s) action(s) est (sont) réalisé(e) par chaque profession ?
- **Quand ?**
  - ☞ À quel moment intervient chaque professionnel de santé ?
  - ☞ Quels échanges d'informations ont lieu entre les professionnels ?
- **Quelle valeur ajoutée ?**
  - ☞ Quel apport pour le patient par rapport à une prise en charge mono-professionnelle ?

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



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

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

Grille d'aide à la rédaction d'un protocole pluri professionnel construite par la FEMASCO-BFC

Lien vers le site de la FEMASCO-BFC: http://www.femasco.fr/

Fiche d'identité du protocole pluri-professionnel

Titre du protocole	Titre court et précis
Porteur du protocole	Coordonnées de la MSP et/ou logo
Référent	
Date de création	
Date de modification	
Liste des professionnels impliqués dans la prise en charge	Liste des professionnels de la MSP mais aussi extérieur qui ont un rôle dans la prise en charge décrite
Problématique identifiée	
Objectif général	C'est ce que vous souhaitez atteindre, améliorer, organiser
Objectifs secondaires	Ce sont les objectifs qui vont contribuer à la réalisation, l'atteinte de votre objectif général
Population cible	Population concernée par le protocole : quels sont les critères d'inclusion
Evaluation	Indicateurs qualitatifs et quantitatifs qui vont permettre de mesurer l'atteinte des objectifs. Vous pouvez préciser qui est en charge de l'évaluation, la périodicité, les outils utilisés.
Liste des documents associés	Outils utilisés/créés à l'occasion de ce protocole et destinés à être utilisés dans le cadre de la prise en charge décrite
Sources documentaires ou références	Ressources utilisées pour la rédaction du protocole
Lieu de consultation du protocole	Lieu de rangement (classeur secrétariat, salle de réunion, ...) Chemin d'accès si stockage informatique
Professionnels informés du protocole	PS intra ou extra MSP qui peuvent ne pas être impliqués dans la prise en charge mais contribuer à inclure des patients par exemple
Groupe de travail	PS qui ont participé à la rédaction du protocole
Validation du document	Par qui + date

Contenu du protocole

Qui fait quoi	
Pour qui	
Quand	
Comment	
Avec quels outils	
Messages clés	

Grille déterminant l'éligibilité à la valorisation des protocoles

Structure : **Protocole étudié :**

Prérequis :

Un protocole n'est recevable et ne sera examiné que s'il fait apparaître la nécessité d'une intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé de professions différentes, et qu'il ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant

Critères	Oui	Non	Ne peut se prononcer	Sans objet	Nombre de points attribués	Nombre de points (maximum)	Commentaires
1 - Protocole précise le rôle de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge *(recommandation HAS)*						5 pts	
2 - Protocole précise les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge *(recommandation HAS)*						5 pts	
Sous total 1						10 pts	
3 - Protocole est conforme aux recommandations élaborées par les agences sanitaires *(recommandation HAS)*						2 pts	
4 - Protocole est réactualisé régulièrement avec les retours d'expérience *(recommandation HAS)*						2 pts	
5 - Protocole est limité à un ou des points critiques de la prise en charge						2 pts	
6 - Protocole précise les objectifs de la prise en charge						2 pts	
7 - Protocole est simple, facilement utilisable lors des soins *(recommandation HAS)*						2 pts	
Sous total 2						10 pts	
Total						20 pts	

Modalités de prise en compte :

Pour qu'un protocole soit validé, son score doit être tel que :

- La note moyenne des deux premiers critères est supérieure ou égale à 5/10 (sous total 1)

ET

- La note moyenne des 5 autres critères est supérieure ou égale à 5/10 (sous total 2)

Conclusion : ☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable

Vos contacts

Pour obtenir plus d'informations et/ou un accompagnement sur l'élaboration de vos protocoles, vous pouvez contacter vos référents MSP de l'Assurance Maladie et de l'ARS ainsi que les facilitateurs de la FEMASCO-BFC

Les référents MSP de l'Assurance Maladie

CPAM / DCGDR *	Nom du référent	Contact	
Côte d'Or	Magali GOUSSOT	magali.goussot@assurance-maladie.fr	03 80 59 36 25
Doubs	Christelle DAMIEN	christelle.damien@assurance-maladie.fr	03 81 47 53 04
Jura	Isabelle TABOADA	isabelle.taboada@assurance-maladie.fr	03 84 87 31 51
Nièvre	Nathalie GUILLON	nathalie.guillon@assurance-maladie.fr	03 86 21 69 13
Haute Saône	Nadia GUILLOU	nadia.guillou@assurance-maladie.fr	03 84 97 73 23
Saône et Loire	Ludmilla VARLET Elodie MOREIRA	ludmilla.varlet@assurance-maladie.fr elodie.moreira@assurance-maladie.fr	0811 709 071
Yonne	Christine MERLOT	christine.merlot@assurance-maladie.fr	03 86 72 81 61
Territoire de Belfort	Virginie PASQUIER	virginie.pasquier@assurance-maladie.fr	03 84 46 54 13
DCGDR *	Mylène DEJEUX	mylene.dejeux@assurance-maladie.fr	03 80 59 36 23

** DCGDR : Direction de la coordination Gestion du Risque BFC*

Les référents MSP de l'ARS

DD ARS / ARS siège	Nom du référent	Contact	
Côte d'Or	Delphine ZENOU	ars-bfc-dcpt-dd21@ars.sante.fr	03 80 41 99 19
Doubs	Jérôme NARCY	ars-bfc-dcpt-dd25@ars.sante.fr	03 81 65 58 28
Jura	Didier Pierre FLORENTIN	ars-bfc-dcpt-dd39@ars.sante.fr	03 84 86 83 51
Nièvre	Régis DINDAUD Françoise BRIAND	ars-bfc-dcpt-dd58@ars.sante.fr françoise.briand@ars.sante.fr	03 86 60 52 45
Haute Saône	Pierre GORCY	ars-bfc-dcpt-dd70@ars.sante.fr pierre.gorcy@ars.sante.fr	03 84 78 53 01
Saône et Loire	Geneviève FRIBOURG Sylvie JOUSSEAU	genevieve.fribourg@ars.sante.fr sylvie.jousseau@ars.sante.fr	03 85 21 67 66
Yonne	Aline GUIBELIN Jean-Pierre SINDONINO	ars-bfc-dcpt-dd89@ars.sante.fr jean-pierre.sindonino@ars.sante.fr	03 86 51 80 46
Territoire de Belfort	Véronique TISSERAND Emmanuelle STAUB	ars-bfc-dcpt-dtnfc@ars.sante.fr emmanuelle.staub@ars.sante.fr	03 84 58 82 13
ARS siège	Nadia GHALI Anne-Charlotte AUGRIS	ars-bfc-dos-aspu@ars.sante.fr anne-charlotte.augris@ars.sante.fr	03 80 41 99 98

Les contacts au sein de la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Bourgogne Franche Comté

Fédération	Nom du contact	Contact	
FEMASCO-BFC	Philippe LEVACHER	p.levacher@femasco-bfc.fr	03 81 47 08 22

Exemples de protocoles répondant aux conditions de l'ACI *(documents extraits du guide d'aide à la rédaction d'un protocole pluri professionnel (MSP) élaboré par la DCGDR Ile de France en étroite collaboration avec la Fédération des MSP IDF et l'ARS)*

PROTOCOLE « SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS ANTICOAGULANTS AVK »

Maison de santé

FICHE D'IDENTITÉ DU PROTOCOLE

Date de création	05/12/2017
Date de modification	
Référent du protocole	DE MG
Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge	Médecins traitants, IDE, biologistes
Problématique	- Risques hémorragiques et thrombotiques liés à la iatrogénie des anticoagulants anti-vitamine K (AVK) et morbi-mortalité dus à ces risques - Constat de prises en charge différentes selon les professionnels pour l'adaptation des doses d'AVK selon l'INR et prise en charge différentes des surdosages en AVK
Objectifs généraux	- Lutter contre les accidents iatrogéniques liés à l'utilisation des AVK et améliorer le suivi du traitement par AVK pour réduire la morbi-mortalité - Impliquer et responsabiliser le patient sur la prise de son traitement (compréhension du traitement, comportement à tenir en fonction de l'INR, surveillance des effets secondaires, suivi des conseils diététiques)
Objectifs opérationnels	- Elaborer des tableaux récapitulatifs d'adaptation des doses selon la valeur cible (objectif) et de gestion des surdosages à destination des professionnels - Elaborer une fiche de surveillance mensuelle de l'INR pour les IDE (patients non autonomes) et une fiche de suivi de l'INR pour les patients autonomes - Elaborer une fiche à remettre aux patients sous AVK sur les règles d'or à respecter - Avoir une traçabilité dans le système d'information
Population cible	Tous les patients sous AVK (Previscan®, Sintrom®, Coumadine®)
Liste des documents/outils associés	- Annexe 1 : Feuille de surveillance mensuelle pour les patients - Annexe 2 : Feuille de surveillance mensuelle IDE - Annexe 3 : Règles d'or de la prise d'AVK remises au patient par le médecin et qui peuvent être commentées par l'IDE - Annexe 4 : Liste d'événements indésirables IDE - Annexe 5 : Algorithme / induction de warfarine (Coumadine®) et de fluindione (Previscan®) chez l'adulte de 18 à 70 ans (intégré dans le

Liste des sources documentaires ou références	SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES : Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier (HAS, avril 2008) DOCUMENT DESTINÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES : Prise en charge des surdosages, des accidents et du risque hémorragique liés à l'utilisation des antivitamines K (HAS, avril 2008) DOCUMENT ÉLABORÉ PAR UN GROUPE DE TRAVAIL PLURIPROFESSIONNEL avec la participation de la HAS, novembre 2010: http://www.fncs.org/avk-gestion-quotidienne
Lieu de consultation du protocole	
Liste des professionnels informés du protocole	*Tous les médecins et infirmiers de la maison de santé ainsi que les biologistes du quartier*
Groupe de travail	XX (MG), XX (IDE)
Date de validation du document	05/12/2017

RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

QUI	fait QUOI	COMMENT	POURQUOI
Médecin traitant	Prescrit le traitement, le contrôle et l'équilibre au niveau des résultats	- Prescrit le dosage de l'INR tous les 3 jours si nécessaire pendant min 6 mois - Indique que le patient prend un traitement anticoagulant AVK (mots clés : Coumadine®, Previscan® ou Sintrom®) - Indique si le patient est autonome ou non dans la gestion de son traitement AVK - renseigne les événements indésirables dans le dossier du patient et toutes les infos utiles sur l'adhésion du patient, son niveau de compréhension et d'autonomie	Atteindre la valeur cible
	Rappel des consignes à respecter en cas de prise d'AVK	Information au cours de la consultation et délivrance de la fiche « Règles d'or » et du tableau de surveillance (pour les patients autonomes non suivis par une IDE)	Eviter le déséquilibre de l'INR
IDE	Surveille la prise du traitement, réalise les prises de sang et contrôle que l'équilibre soit maintenu	- Prépare le semainier pour le patient dépendant - Réalise la prise de sang en suivant le protocole - A la lecture des INR, refait une prise de sang avec un nouveau contrôle et/ou modifie la posologie de l'AVK selon le protocole des conduites à tenir élaboré entre médecins et IDE si médecin non joignable **(cf. ci-dessous)** - Renseigne la liste d'événements indésirables pour les patients suivis (cf. annexe 4)	Prévenir le risque : - Risque de caillot si INR trop bas - Risque d'hémorragie si INR trop haut
		En cas de doute, l'IDE contacte le médecin	
Biologiste	Signale les écarts d'INR mettant en danger le patient	Le biologiste contacte le médecin ou l'IDE par téléphone ou par fax	Mise en œuvre du traitement adéquat le plus rapidement possible

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

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

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

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

Exemples de protocoles ne répondant pas aux conditions de l'ACI (documents extraits du guide d'aide à la rédaction d'un protocole pluri professionnel (MSP) élaboré par la DCGDR Ile de France en étroite collaboration avec la Fédération des MSP IDF et l'ARS)

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

Soins palliatifs

A savoir

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

Structure

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

Démarche

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

Prise en charge

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

Contexte

Les soins palliatifs, fondés par des militants de bonne volonté, sont devenus une exigence légale depuis la loi du 9 juin 1999.

L'approche palliative est centrée sur la dignité, l'autonomie du malade, le respect de sa parole et de son ressenti. Elle est une véritable exigence éthique de justification des stratégies au service du malade.

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

Quels patients traiter ?

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

Objectifs de la prise en charge

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

Prise en charge

organisation des soins palliatifs



1 **Évaluation de l'indication des soins palliatifs**
Ils sont justifiés en cas de souffrance, d'angoisse, de troubles symptomatiques ou de difficultés relationnelles liés à une maladie mettant en jeu le pronostic vital.

2 **Évaluation des soins à prodiguer**
Ils comportent le traitement de différents symptômes, mais aussi des troubles psychologiques et des difficultés relationnelles.

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

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

5 **Soins généraux**
Ils impliquent une réflexion sur la pertinence de poursuivre ou non les traitements étiologiques.

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

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

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

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

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

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