

Accès direct Lombalgie et entorse de cheville

Bases législatives et formations
Matthieu Saint-Cast - MKO





Déclaration d'interets

- Kinésithérapeute et Ostéopathe libéral - Kêr - à Lantic (22)
- Président CPTS Sud Goëlo
- Enseignant Formateur - Formation initiale IFPEK à Rennes (35)
- Chargé de mission – Direction qualité et développement ANDPC (94)
- Membre du CNA du SNMKR (75)

ASSOCIATION
I F P E K



INSTITUT DE FORMATION
PÉDICURIE-PODOLOGIE
ERGOTHÉRAPIE
MASSO-KINÉSITHÉRAPIE



Déroulé de l'intervention

Représentation et historique de «L'accès direct en kinésithérapie » ?

La structure pluri-professionnelle

Le protocole de coopération sur l'entorse de cheville

Le protocole de coopération sur la lombalgie

La rémunération

Les perspectives

L'accès direct en kinésithérapie

- Quelles sont nos représentations ?



Historique juridique de « l'accès direct »

Art L4321-1
CSP
modifié par
la loi du 26
janvier
2016

accès direct à un kinésithérapeute pour tout patient sans prescription médicale, dans le cadre de l'URGENCE et en l'ABSENCE d'un médecin.

Ce texte n'a pas fait évoluer la NGAP et ne permet pas de prise en charge par l'assurance maladie

Art 66 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019

C'est le texte fondateur des protocoles de coopération entre les professionnels de santé

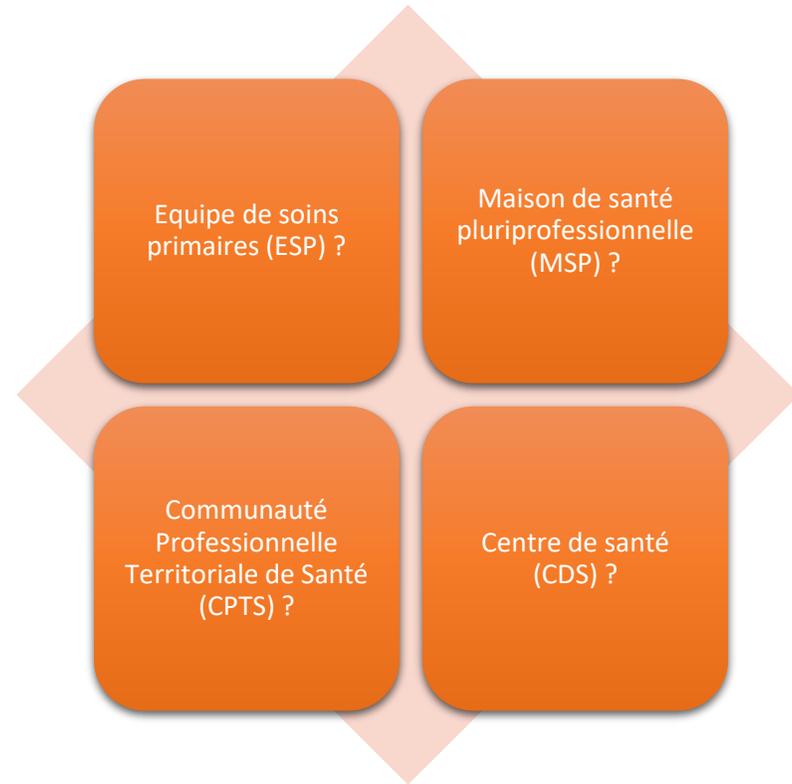
Validation par la HAS de deux protocoles issus de l'ARS AuRA autour de l'entorse cheville et de la lombalgie en septembre 2019

Publication de deux arrêtés du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation des protocoles de coopération (en lien avec la quatrième mesure du pacte de refondation des urgences) :

- « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »
- « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »



Qu'est ce qu'une structure pluri-professionnelle ?



Selon le ministère des solidarités et de la santé

- A propos de l'exercice coordonné, il n'existe que deux sortes de structures:
 - Les MSP
 - Les CDS
 - Ref : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
- La CPTS se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée.
 - Ref : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>

Selon l'art 64 de la loi de modernisation du système de santé

- L'article 64 donne une définition des équipes de soins primaires constituées d'un ensemble de professionnels de santé de premier recours autour de médecins généralistes.
- Ces équipes **contribuent à la structuration** du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins.

=> Les ESP ne sont pas des structures pluri-professionnelles de santé



Cet « accès direct » n'est donc possible juridiquement qu'au sein :

- Des MSP
- Des Centres de Santé dès lors qu'ils sont pluri-professionnels

arrêtés du 6 mars 2020 relatifs à l'autorisation de protocoles de coopération

Autorisation des protocoles locaux (AuRA) au niveau national

Les structures sont tenues de déclarer chaque membres volontaires pour mettre en œuvre le protocole auprès de l'ARS selon les conditions fixées par l'art D. 4011-4 CSP

En annexe:

- Fiche projet
- Tableau de description de prise en charge du patient
 - Etapes de prise en charge
 - Identification des risques
 - Causes associées
 - Solutions à mettre en place

Quelles conditions pour mettre en place un protocole de coopération ?

- Avoir un **logiciel commun à la structure** garantissant la sécurité des données de santé
- Avoir effectué **une formation de 10h** répartie sur 3 jours (par le médecin délégant)
- Pour l'ensemble de l'équipe:
 - Accord d'engagement de travail en équipe (daté et signé)
 - CNI / N° Ordre ou RPPS + justificatif / Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées par le protocole national
- Pour le médecin:
 - Être joignable par téléphone
 - Avoir la **capacité de reprendre un patient dans les 24h** si celui-ci est réorienté par le MK ou par la suite si le ttt MK n'apporte pas d'amélioration
 - Doit rejoindre des GAP (EPP)

Protocole « traumatisme en torsion de la cheville » - Fiche synthétique

Traumatisme en torsion de la Cheville – Fiche synthétique de saisi et de prescription

DONNES DE L'ANAMNESE: Accord du patient pour prise en charge : **OUI**

Motif de consultation : Douleur de cheville consécutive à un traumatisme en torsion

Critères d'exclusion : **Âge < 18 ans Âge > 55 ans**
Plaie
Polytraumatisme
Chute consécutive à un malaise
Douleur au genou
Appui monopodal impossible persistant
Accident du travail
Deux antécédents d'entorses sur la même cheville

Au terme de l'interrogatoire réorientation MG : **oui / non**

DONNEES CLINIQUES – Examen initial:

Critères d'exclusion :

1. Appui monopodal impossible persistant : **OUI / NON**
et/ou impossibilité de faire 4 pas: **OUI / NON**
2. Atteinte ou rupture du tendon d'Achille: **OUI / NON**
3. Douleur sur la fibula: **OUI / NON**

Au terme de l'examen réorientation MG : **oui / non**

Evaluation complémentaire :

CRITERES D'OTTAWA

- A. Douleur de la RÉGION MALLÉOLAIRE associée à l'un de ces critères:
1. Appui monopodal impossible persistant **OUI / NON**
 2. et/ou impossibilité de faire 4 pas **OUI / NON**
 3. Douleur de la Malléole Externe à la palpation osseuse du bord postérieur (sur 6 cm) ou de la pointe **OUI / NON**
 4. Douleur de la Malléole Interne à la palpation osseuse du bord postérieur (sur 6 cm) ou de la pointe **OUI / NON**
- B. Douleur de la RÉGION TARSIIENNE associée à l'un de ces critères:
1. Douleur de la base de M5 à la palpation **OUI / NON**
 2. Douleur du scaphoïde tarsien à la palpation **OUI / NON**

Au terme de l'examen, Prescription de radiographies : **oui / non**

Gradation : Hématome : **NON / OUI**
GRADE : **1 / 2**

ATCD thrombo-embolique : **OUI / NON**

Doute du délégué sur terrain à risque thrombo-embolique : **OUI / NON**

Contact avec le MG : **OUI / NON**

Décision du MG : **Anticoagulation OUI / Anticoagulation NON**

DEMARCHE THERAPEUTIQUE :

Conseils pour soulagement :

- ✓ RICE
 - Repos
 - Glaçage
 - Compression
 - Jambe surélevée
- ✓ Attelle
- ✓ Marche avec appui
- ✓ Aide technique si besoin

Traitement symptomatique de la douleur:

- ✓ Paracétamol

Complément :

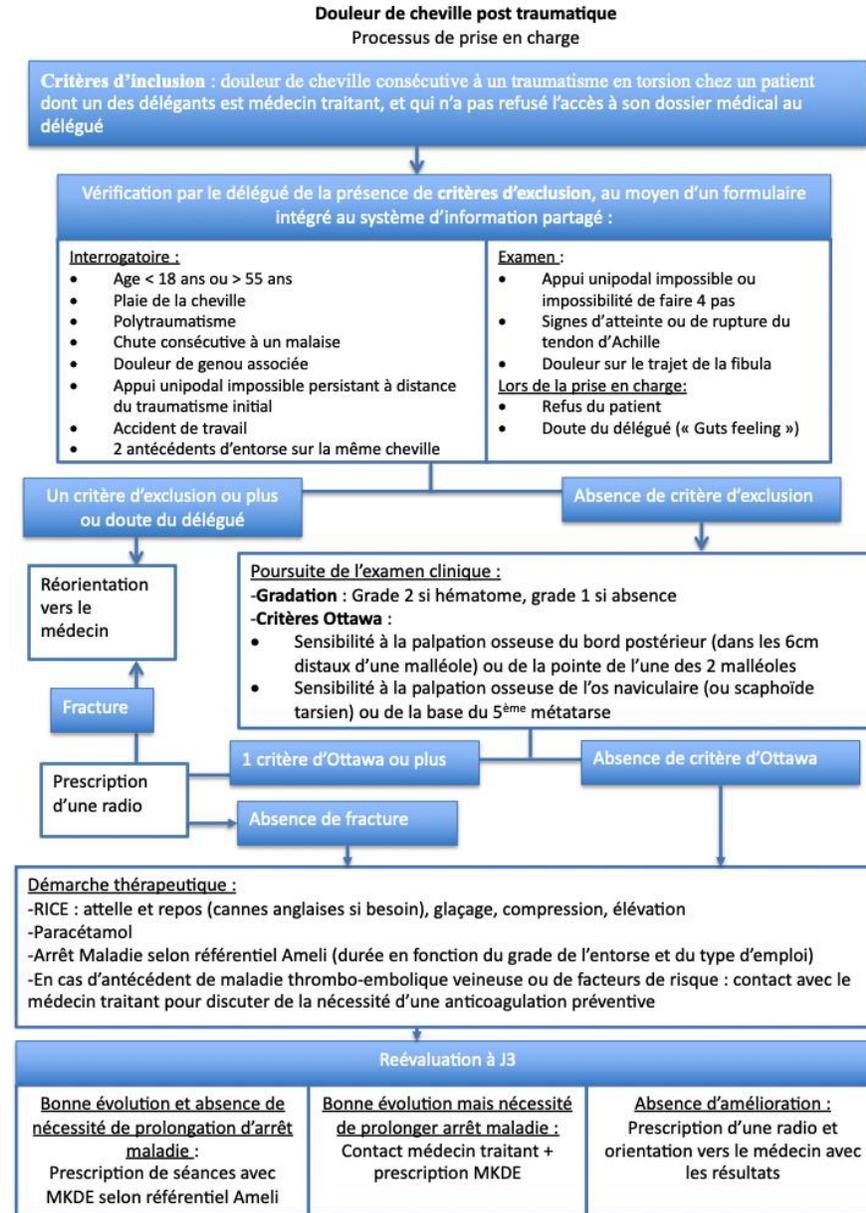
- ✓ Arrêt de travail selon référentiel AMELI

DONNEES CLINIQUES - Examen n°2 – Evaluation à J3

- A. Absence d'amélioration des douleurs
- B. Amélioration mais nécessité de prolonger l'arrêt de travail
- C. Amélioration permettant la reprise d'activité

- Radiographies et orientation vers le MG
- Contact MG
- Prescription type de la rééducation par le MKDE selon référentiel AMELI

Traumatisme en torsion de cheville : Processus de prise en charge



Protocole « Lombalgie aiguë de moins de 4 semaines » - Fiche de synthèse

Douleur lombaire aiguë - Fiche synthétique de saisi et de prescription

DONNES DE L'ANAMNESE :

Accord du patient pour prise en charge : **OUI**

Motif de consultation : Douleur lombaire d'installation brutale / rapide / < 4 semaines

Critères d'exclusion :

- Âge < 18 ans Âge > 55 ans
- Altération de l'état général
- Fièvre ou signes d'infection
- Perte de poids inexpliquée
- Douleur de type inflammatoire : permanente non soulagée par le repos
- Douleur thoracique
- Douleur irradiant dans les membres inférieurs
- Déficit neurologique, parésie, hypoesthésie, anesthésie
- Dysfonction, rétention ou incontinence urinaire
- Risque d'infection (immuno-déficience, drogues IV)
- Traumatisme à forte cinétique
- Risque fracturaire (ostéoporose, CSO long cours)
- Chirurgie du rachis, PL récente < 14 jours
- Cancer
- Accident du travail
- ATCD lombalgiques récents (1 épisode il y a moins de 4 semaines ou 4^{ème} épisode en 4 mois)
- Guts feeling

DONNEES CLINIQUES :

Point douloureux électif à la pression d'une épineuse : **oui / non**

Pieds blancs, froids avec abolition des pouls périphériques : **oui non**

Déficit moteurs aux MI : **oui non**

Déficit sensitif aux MI : **oui non**

Anesthésie en selle : **oui non**

Déformation structurale importante du rachis : **oui non**

Au terme de l'examen, réorientation vers le MG : **oui non**

DEMARCHE THERAPEUTIQUE / PRESCRIPTION TYPE:

Epigastralgies : **oui / non**

Contre-indication aux AINS :

- Allergie ou intolérance aux AINS,
- Antécédent d'asthme, d'ulcère ou de saignement sous AINS,
- Saignement évolutif, ulcère gastro-duodéal actif,
- Grossesse,
- Insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque : **oui / non**

oui / non

Traitement anti-coagulant en cours :

Conseils:

- ✓ Le bon traitement c'est le mouvement
- ✓ Pratiquer une activité calme de marche
- ✓ Éviter le repos au lit

Traitement symptomatique de la douleur :

- ✓ Naproxène 550 mg matin et soir 7 jours **[sauf OUI]**
- ✓ Paracétamol 1g toutes les 6 heures
- ✓ **Oméprazole 20 mg 1 le matin 7 jours [seulement si OUI]**

Evaluation des risques de chronicisation :

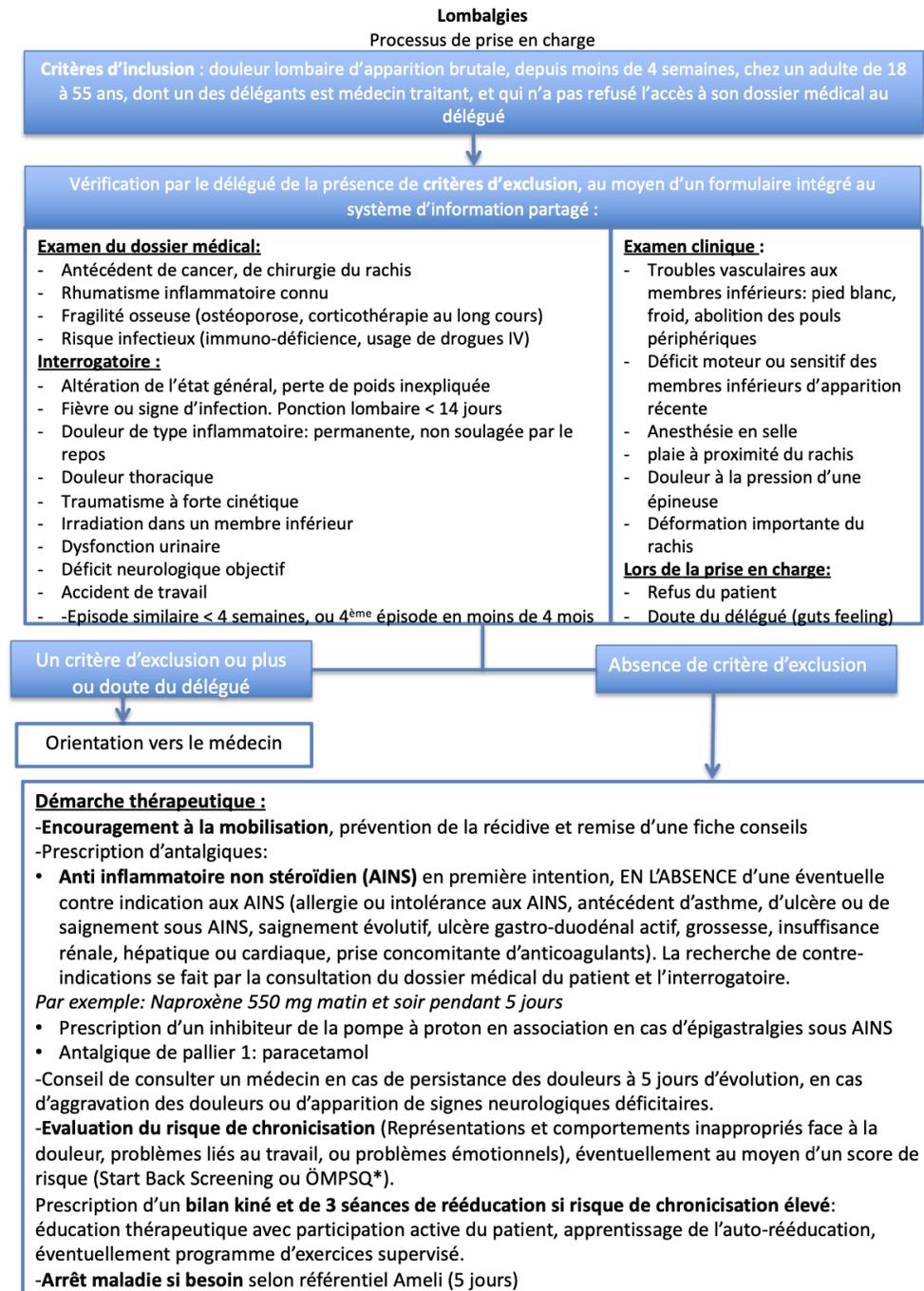
Strat Back screening Tool (ou OMBSQ) SSP valeur ST: valeur

Risque: **faible / modéré / élevé**

Divers conseils et démarches :

- ✓ Consulter le MG en cas de persistance des symptômes à 5 jours ou d'aggravation de ceux-ci
- ✓ Prescription MKDE en cas de risque de chronicisation : " Bilan + 3 séances de masso-kinésithérapie du rachis lombaire (éducation thérapeutique avec participation active du patient, apprentissage auto-rééducation, sans thérapie manuelle)"
- ✓ Rédaction d'un certificat (Arrêt maladie selon référentiel AMELI)

Lombalgie aiguë de moins de 4 semaines – Processus de prise en charge



* ÖMPSQ: Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

Quid de la rémunération ?



- Selon l'art 1 de l'arrêté du 6 septembre 2019 fixant le montant de la prime de coopération instituée par le décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération:
 - le montant brut mensuel de la prime est de 100€



Selon l'annexe de l'arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés :

- Les sommes sont à partager librement entre le médecin et le MK
 - Protocole « traumatisme cheville » prévoyant deux consultations :
 - 1^{ère} consultation (J0) : 25€ par patient
 - 2^{ème} consultation (J3) : 25€ par patient
 - Protocole « lombalgie aiguë de moins de 4 semaines » prévoyant deux consultations:
 - 1^{ère} (J0) : 25€/patient
 - 2^{ème} (entre J15 et J30) : 20€/patient (si le médecin intervient, il peut facturer ses actes en plus du protocole)





Quelques perspectives sur l'accès direct

- Pour lutter contre les déserts médicaux
- Une expérimentation de l'accès direct au MK exerçant dans une structure de soins coordonnés est prévue

Selon l'Art 73 de la loi 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 :



« l'Etat peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé. »



Nous attendons le décret qui doit préciser la mise en œuvre de cette expérimentation:

- Quels départements ?
- Quels indicateurs de suivi ?

Merci de votre attention



**LOW
BATTERY
NEED
CAFFEINE**