



NOS MÉTIERS ÉVOLUENT

Comment
MIEUX LES VIVRE ?

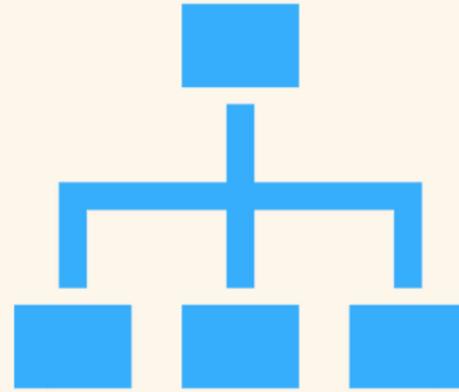
JEUDI 21 NOVEMBRE 2024



ÉCOUTER ET VALORISER LES SOIGNANTS POUR RETROUVER DU SENS

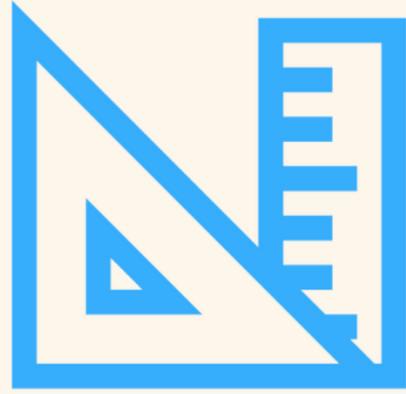
DR. PIERRE GRAS

OBJECTIFS	ACTIONS	IMPACT
<p>Redonner du sens au travail des soignants par l'écoute active la valorisation de leurs initiatives.</p>	<p>Organiser des moments d'échange pluri-professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none">• After-works, café-débats, groupes de parole, ateliers de co-développement.• Activités ludiques ou sportives (demi-journées de team-building). <p>Favoriser la connaissance mutuelle et le partage d'expériences.</p> <p>Soutenir les initiatives locales comme l'exemple de Roquebrune.</p>	<p>Renforcement du bien-être, cohésion d'équipe, et engagement au travail.</p>



RÉORGANISATION DES TÂCHES ET DÉLÉGATIONS

BUT	ACTIONS	RESULTAT ATTENDU
<p>Libérer du temps pour des soins de qualité en optimisant la répartition des tâches.</p>	<p>** Identifier les tâches déléguables</p> <p>Assistants médicaux : collecte d'informations, tests simples.</p> <p>IDE : protocoles médico-infirmiers.</p> <p>IPA: gestion des certificats de décès.</p> <p>professionnels paramédicaux : accès direct pour pathologies simples (pharmaciens, kinés, orthophonistes).</p> <p>** Automatiser certaines tâches : gestion dme, time-blocking pour consultations.</p> <p>** former les professionnels à la délégation et à la priorisation des tâches.</p>	<p>Meilleure organisation du temps pour des soins centrés sur le patient.</p>



AMÉLIORER LES PROCESSUS DE TRAVAIL

VISION	ACTIONS	IMPACT
<p>Une organisation efficace et adaptable.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mesurer et suivre des indicateurs clés<ul style="list-style-type: none">◦ nombre de consultations, temps moyen, satisfaction des patients.• Réviser régulièrement les pratiques pour répondre aux besoins évolutifs.• Introduire des outils numériques pour la gestion :<ul style="list-style-type: none">◦ dossiers patients, rendez-vous, facturation automatisée.• Organiser les consultations de routine pour maximiser l'efficacité.	<p>Une optimisation continue des méthodes de travail et une meilleure satisfaction des équipes et des patients.</p>



AMÉLIORATION DES PARCOURS DE SOINS

OBJECTIFS	ACTIONS	RESULTAT ATTENDU
<p>Fluidifier les parcours de soins et renforcer la coopération interprofessionnelle.</p>	<p>Collaborer au sein des structures existantes (CPTS, DAC) éducation thérapeutique (ETP), gestion d'urgence (rdv iconographies).</p> <p>conventions avec acteurs clés (kinés, services d'aide à domicile).</p> <p>Créer des espaces d'échanges interprofessionnels : événements, ateliers.</p> <p>Utiliser des outils modernes comme la messagerie instantanée pour une communication fluide.</p>	<p>parcours patient simplifié et coopération interprofessionnelle renforcée.</p>

STEVE JOBS A DIT

« Le seul moyen de faire du bon travail est d'aimer ce que vous faites »

NOUS POURRIONS RAJOUTER

« La meilleure façon d'améliorer son activité professionnelle est de la créer à son image »



PROTOCOLES MÉDICO-INFIRMIER

DR. PIERRE GRAS

Protocole médico -
infirmier pour la
prise en charge à
domicile des
patients âgés (PA)
ou handicapés (PH)

***... et en difficultés pour se déplacer
aux cabinets des médecins***

Articles 2 et 2 bis de l'arrêté du 24 octobre
2022

Article D.4011-4 du code de la santé
publique

.....

Publication au JO du 06 mai 2024

PATIENT ÉLIGIBLE

* Plus de 65 ans ou majeurs
reconnus MDPH

SAUF

affection psychiatrique non
stabilisée

* Patients ayant nécessité au
moins 3 visites l'année
précédente ou <1 sur
l'échelle IADL

PATIENT NON ELIGIBLE

* Refus du patient ou de son
représentant légal/tuteur

* Impossibilité de réaliser un suivi à
domicile (insalubrité,
problématique sociale non résolue,
absence d'entourage) ;

* Patient bénéficiant déjà d'un bilan
de soins infirmiers (BSI)

LE PROTOCOLE

Il s'applique dans le cadre d'un exercice en structure de soins coordonnés, avec un partage du dossier médical infirmier/médecin.

Il se décompose en trois temps :

1/ Visite initiale conjointe

***2/ Visite mensuelle par l'infirmier
avec les actes dérogatoires suivants***

***3/ Visite conjointe médecin-infirmier
au 6ème mois***

1/ Visite initiale conjointe

Déplacement du « couple » médecin-infirmier au domicile du patient, afin d'établir un plan de soins personnalisé incluant les objectifs

2/ Visite mensuelle par l'infirmier avec les actes dérogatoires suivants

- 1 : *Prévention de la déshydratation par adaptation des traitements par diurétiques et anti- hypertenseurs en cas de forte chaleur et autres circonstances particulière, sur une durée de 2 à 7 jours, en anticipation de son intervention*
- 2 : *Identification du risque de chute, prescription de mesures urgentes et proposition d'un programme de prévention en lien avec le médecin délégant ;*
- 3 : *Diagnostic de la dénutrition et mise en place d'actions de correction en lien avec le médecin délégant*
- 4 : *Renouvellement et adaptation des antalgiques de niveau 1 prescrits par le délégant ;*
- 5 : *Renouvellement et adaptation des laxatifs prescrits par le délégant*
- 6 : *Renouvellement et adaptation des dispositifs de compression veineuse force 2 (pose et retrait) prescrits par le délégant*
- 7 : *Renouvellement et adaptation des topiques antifongiques prescrits par le délégant*
- 8 : *Renouvellement des collyres prescrits par le délégant ou un autre médecin pour une pathologie oculaire chronique*
- 9 : *Initiation et adaptation de collyres en cas d'irritation oculaire ou de conjonctivite due à une affection virale ou bactérienne ;*
- 10 : *Adaptation des diurétiques en cas de décompensation modérée chez des patients traités pour insuffisance cardiaque, en anticipation de l'intervention du médecin délégant*
- 11 : *Adaptation des AVK en fonction de l'INR et des pathologies du patients*

3/Visite conjointe médecin-infirmier au 6ème mois

FORFAIT ET
FACTURATION code
GCO

Les 2 visites annuelles du médecin à hauteur de 60€ (pour les 2 visites)
Le suivi infirmier à hauteur de 310€ sur une base de 12 déplacements

NB :

Ce forfait peut se cumuler avec les actes médicaux et infirmiers réalisés en dehors du protocole à l'exception du BSI et des déplacements ;
Mais non compatible avec les facturations BSA, BSB, BSC



ASSISTANTS MÉDICAUX

DR. EMMANUEL HIRAUX – MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Plan

- 1. Historique – Démographie**
- 2. Missions des AM**
- 3. Qui peut devenir AM ? – quelle formation ? – comment recruter ?**
- 4. Qui peut bénéficier de l'aide à l'embauche ? – montant de l'aide ?**
- 5. Quels frais ? – retour sur investissement ?**
- 6. Conclusions**

HISTORIQUE

- Le métier d'assistant médical en France a été créé par la loi n° 2019-774 du **24 juillet 2019** (avenant 7 de la convention médicale)
- Nouvelle convention médicale signée le **04/06/2024** : assouplissement de l'**aide à l'embauche** d'un AM pour plus d'attractivité du dispositif.
- OBJECTIFS PRINCIPAUX :
 - améliorer l'accès aux soins
 - libérer du temps pour les médecins en leur permettant de se concentrer sur les soins.

selon la cpam : gain de temps économisé environ 10 heures par semaine économisées (50 % des tâches administratives et de soins)

Démographie des AM

- **6 000** assistants médicaux embauchés en France au 22 janvier 2024.
 - **136** dans le Var dont **82** pour les généralistes
- L'objectif est d'atteindre **10 000** assistants médicaux d'ici la fin de l'année 2024.

Missions des AM

- Accueil et gestion administrative : accueil des patients, gestion des dossiers, prise de rendez-vous.
- Aide à la prise en charge du patient : préparation des patients, assistance lors des examens, suivi des vaccinations. Soutien aux actions de prévention : participation aux programmes de prévention et d'éducation à la santé.
- Coordination avec d'autres professionnels de santé : collaboration avec médecins, infirmiers et autres spécialistes pour assurer une prise en charge globale.

Missions des AM

- Chaque médecin peut définir les missions de son assistant médical en fonction de son organisation, selon l'article L. 4161-1 du Code de la santé publique,
- Chaque médecin s'engage à augmenter sa patientèle en contrepartie de l'aide à l'embauche.

Missions des AM

- Chaque médecin peut définir les missions de son organisation, selon l'article L. 4161-1 du Code de la Santé Publique.
- Chaque médecin s'engage à augmenter le nombre de consultations et à l'embauche.

Retour d'expérience :

- Embauche de mon AM en 06/2022
- Essentiellement :

- accueil et gestion administrative (scan courriers , gestion mssanté, ordonnances après accord médecin , rdv , téléconsultations, ...)
- Coordination avec d'autres professionnels de santé

Comment recruter ?

- Soit par un groupement d'employeurs (éviter de nombreuses démarches administratives ainsi que les contraintes liées à la gestion des contrats de travail)

PACA	"Association le groupement" N°RNA	contact@legroupemeent.org	01 43 13 10 99
PACA	Groupement d'employeur social et médico-social	direction@objectifplus.org	04 92 75 24 47

- Soit par vous-même.

Qui peut devenir AM ?



Qui peut devenir AM ?

Profil soignant :

- Aides-soignants
- Infirmières
- Secrétaires médicales
- Auxiliaires de puériculture

Profil non soignant avec un niveau 4 (baccalauréat ou équivalent).

Quelle formation pour AM ?

- Délai de 2 ans pour obtenir soit un Certificat de Qualification Professionnelle (CQP) ou une attestation de Formation d'Adaptation à l'Emploi (FAE).
- Pour les profils soignants (déjà titulaires d'un diplôme d'état) : Formation d'adaptation à l'emploi (FAE) : Une formation de 112 heures .
- Pour les profils non soignants : CQP (formation spécifique en alternance de 279 heures) ou possibilité d'obtenir le CQP via la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience).
- CF annexes
- (voir la liste)

Quelle formation pour AM ?

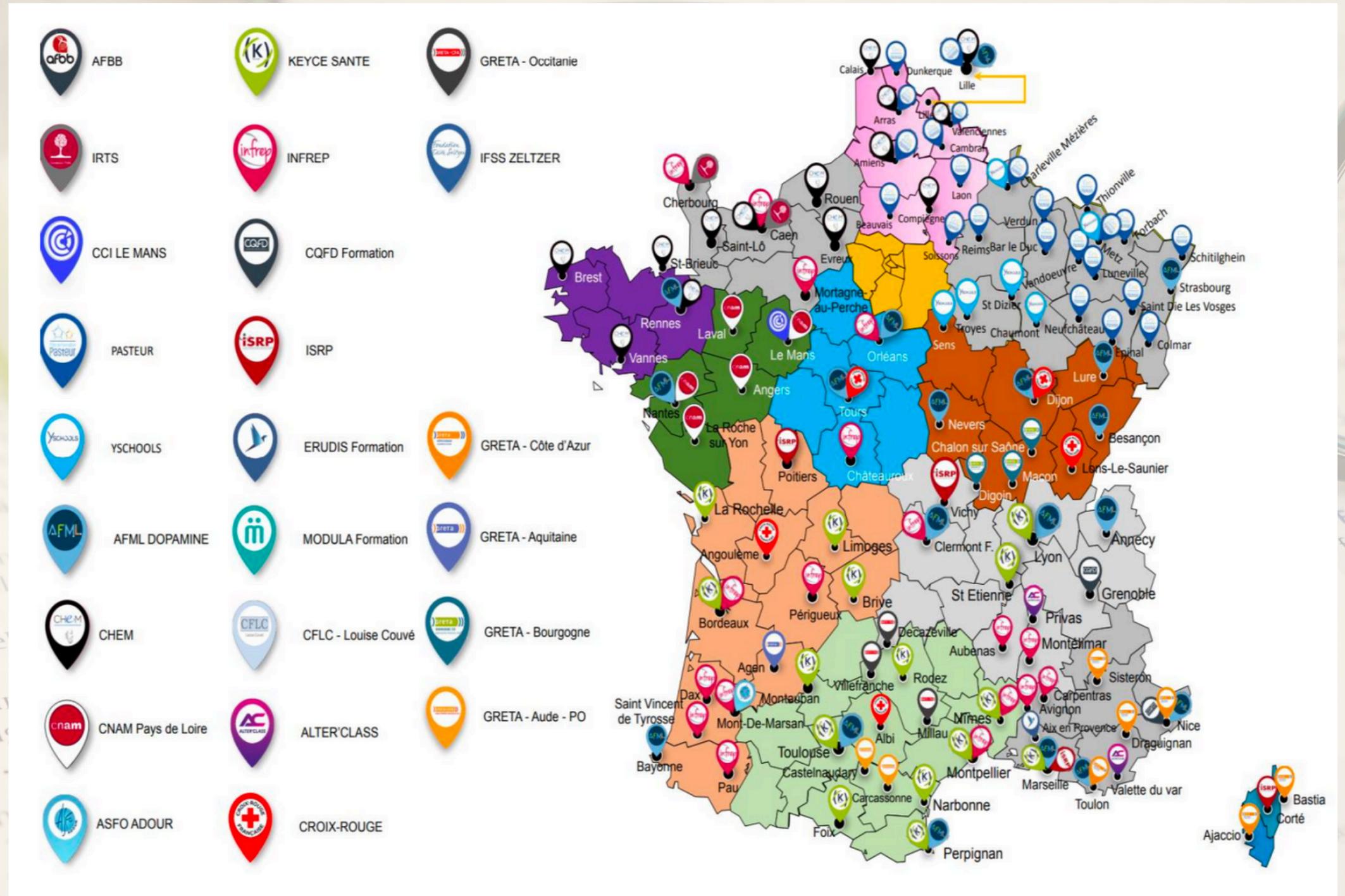
- Délai de 2 ans pour obtenir soit un Certificat de Qualification Professionnelle (CQP) ou une attestation de Formation d'Adaptation (FAE)
- Pour les profils soignants (déjà en formation) :
 - FAE : Une formation d'adaptation à l'emploi (FAE) : Une formation d'adaptation à l'emploi (FAE) : Une formation d'adaptation à l'emploi (FAE)
 - CQP (Certificat de Qualification Professionnelle) : Une formation professionnelle (CQP) : Une formation professionnelle (CQP) : Une formation professionnelle (CQP)
- Pour les profils non soignants : CQP (Certificat de Qualification Professionnelle) ou possibilité d'obtenir l'Expérience).
- CF annexes (voir la liste)

Retour d'expérience :

- Profil non soignant
- Au choix CQP ou VAE

Quelle formation pour AM ?

Cette formation doit être effectuée auprès d'un organisme agréé par la CPNEFP (Commission paritaire nationale pour l'emploi et la formation professionnelle)



Qui peut bénéficier de l'aide à l'embauche d'un AM ?

- Tous les médecins libéraux en secteur 1 ou en secteur 2 adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, y compris les nouveaux installés. (généralistes , spécialistes)
- Cette aide est destinée aux médecins ayant une activité suffisante, excluant les 30 % de médecins avec les plus petites patientèles.
- Les médecins généralistes doivent avoir au moins 775 patients pour être éligibles (patientèle moyenne d'un médecin généraliste en France : 1700)
- Ajouter lien pour simulation + QR CODE

<https://www.ameli.fr/essonne/medecin/aide-emploi-assistant-medical?etape=1&hash=eb198>

COMMENCER LA SIMULATION



MONTANT DE L'AIDE

ce qui a changé dès juin 2024 : augmentation immédiate de plus de 5 % de l'aide pour les nouveaux contrats.

Cette aide est pérenne et renouvelable à l'échéance du contrat de 5 ans signé avec la caisse

	Pour 0,5 équivalent temps plein (0,5 ETP)		Pour 1 équivalent temps plein (1 ETP)	
	AVANT	APRÈS (nouvelle convention médicale)	AVANT	APRÈS (nouvelle convention médicale)
1re année	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €
2e année	13 500 €	14 000 €	27 000 €	28 000 €
3e année et suivantes	10 500 €	11 000 €	21 000 €	22 000 €
3e année et années suivantes pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes (P90 à P94) (1)	12 500 €	13 000 €	25 000 €	26 000 €
Montant fixe quelle que soit l'année pour les médecins à très forte patientèle (≥ P95)	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €

Montant maximal de l'aide pour l'emploi d'un 2e assistant médical		
	Option 1,5 équivalent temps plein	Option 1,5 équivalent temps plein
3e année et suivantes	33 000 €	44 000 €
3e année et années suivantes pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes (P90 à P94)	39 000 €	52 000 €
Montant fixe quelle que soit l'année pour les médecins à forte patientèle (\geq P95)	57 000 €	76 000 €

Sous conditions :

- exercer en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ;
- être qualifié ou spécialiste en médecine générale (les médecins à exercice particulier, MEP, ne sont pas concernés) ;
- avoir déjà signé un contrat pour un assistant médical à temps plein ;
- avoir atteint les objectifs dans le cadre de ce 1er contrat.

Quels frais liés à l'embauche ?

- Mutuelle d'entreprise et prévoyance (l'employeur peut prendre de 50% à 100% de l'adhésion)
- Cotisation pour le financement de la formation professionnelle (OPCO-EP)
- Comptable (fiches de paies , paiements des charges sociales, gestion des problématiques RH , ...)
- Médecine du travail
- Licence logicielle
- Charges sociales (environ 22 % du salaire brut)
- Matériel (ordi , scanner , téléphone , lecteur de carte vitale,

Le montant de l'aide couvre t'il les frais ?

À titre indicatif (pour un 0,5ETP) sans compter l'évolution salariale et des charges sociales

Année	Dépenses Mensuelles	Dépenses Annuelles	Subventions Annuelles	Solde Annuel
1ère année	1 100 €	13 200 €	19 000 €	+ 5 800 €
2ème année	1 100 €	13 200 €	14 000 €	+ 6 500 €
Années suivantes	1 100 €	13 200 €	11 000 €	+ 4 300 € + 2 100 € - 100 €

Conclusion et retour d'expérience personnelle



Forces	Faiblesses
- Réduction de la charge de travail	- Coût financier supplémentaire
- Amélioration de la qualité des soins	- Nécessité de formation continue
- Gestion efficace des rendez-vous	- Complexité de la gestion des ressources
- Soutien administratif renforcé	humaines
- Participation aux programmes de prévention	- Besoin de coordination et de
et d'éducation	communication efficaces

Opportunités	Menaces
- Augmentation du nombre de consultations	- Risque de non-conformité aux
- Amélioration de la satisfaction des patients	réglementations
- Développement de nouveaux services	- Potentiels conflits au sein de l'équipe
	- Dépendance excessive aux assistants
	médicaux

Conclusion et retour d'expérience personnelle



Forces	Faiblesses
- Réduction de la charge de travail	- Coût financier supplémentaire
- Amélioration de la qualité des soins	- Nécessité de formation continue
- Gestion efficace des rendez-vous	- Complexité de la gestion des ressources
- Soutien administratif renforcé	humaines
- Participation aux programmes de prévention	- Besoin de coordination et de
et d'éducation	communication efficaces

Opportunités	Menaces
- Augmentation du nombre de consultations	- Risque de non-conformité aux
- Amélioration de la satisfaction des patients	réglementations
- Développement de nouveaux services	- Potentiels conflits au sein de l'équipe
	- Dépendance excessive aux assistants
	médicaux



IPA FORMATION AIDES

MARIA PERES

Formation



Pré-requis: diplôme IDE + 3 ans d'exercice

Pour les libéraux

Aides CPAM

(Avenant 9)

15 000 € (17 000 €
pour les Drom).

Aides ARS

10600 Par an (FIR)

Pour les libéraux

Aides CPAM

(Avenant 9)

15 000 € (17 000 €
pour les Drom).

Aides ARS

10600 Par an (FIR)

2 ans d'études Niveau

Master

Mentions

Pathologies chroniques
stables

Néphrologie

Psychiatrie

Oncologie

Urgence

IPA ?

1

Formation

1^{ere} année 418 h
d'enseignement 280
h de stage
2^{eme} année 291 h
d'enseignement 560
h de stage

2

Métier et Définition

Infirmière de pratique avancée, ou infirmière spécialiste experte, est :

- infirmière diplômée d'Etat ou certifiée
- connaissances théoriques et savoir-faire acquis, nécessaires aux prises de décisions complexes
- compétences cliniques indispensables

3

Exercice ville ou hospitalier (aides aux établissements)



ORIENTATION IPA

Adressage médical avec protocole d'organisation pour suivi, sans protocole pour bilan ponctuel ou acte technique (code PAI 10€)

1

Suivi trimestriel
PAI 1er Contact
PAI 5 trimestriel
Compte rendu au
medecin

2

PAI 3 un par an
compte rendu
médecin

3

PAI 1,6 (acte
technique max 4 / an

Une démarche de
parcours coordonnée

En lien avec le médecin ou
le spécialiste

AIDES À L'INSTALLATION EN VILLE

Les aides CPAM à l'installation :

1

Option 1 : IPA conventionné exerçant en zone sous-dense médicale qualifiée de ZIP (zone intervention prioritaire)
40 000 €
(30 000 € dans le mois suivant la signature du contrat et 10 000 € la 2e année avant la fin du 1er semestre de l'année suivante.)

2

Option 2 : IPA conventionné exerçant en dehors de zones sous-dense médicale qualifiée de ZIP
(20 000 € dans le mois suivant la signature du contrat, 7 000 € la 2e année avant la fin du 1er semestre de l'année suivante)
Soit 27 000 €

3

Durée du contrat 5 ans

Exercice IPA



Exercice en ville modes :

- Maison de sante pluripro et Centre de Sante (Nouveaux financements proposé par ARS, 13000 euros pour IPA 6000 pour la structure seule exigence 3 jours de présentiel)
- Liberal

Compétences IPA



- **Suivi, coordination entre les professionnels de santé :**
 - durée : une heure , anamnèse, connaissance de la maladie, **conclusion**
synthèse adressé au medecin adresseur
- **Consentement du patient**
- **Renouvellement** à l'identique des **prescriptions** changement de dosage en parfaite concertation médicale
- **Examens biologiques, radio, matériel spécifique: lit médicalisé, fauteuil...**

Quelles sont les bénéfices ?



- **Accès aux soins, collaboration médicale, et gain de temps medical :**
 - médecin donne le tempo de cette prise en charge pivot de l'organisation,
 - signature d'un protocole d'organisation avec les modalités de prise en charge et de retour vers l'adresseur médical



CERTIFICAT DE DÉCÈS

MARIA PERES

ELIGIBILITE POUR LA FORMATION

(PACA CORSE RETENU EN EXPERIMENTAL)

1

Les conseils départementaux de l'Ordre des infirmiers sont chargés de vérifier les conditions d'éligibilité des infirmiers volontaires pour participer à l'expérimentation.

2

Le dispositif concerne les infirmiers libéraux ou salariés, y compris les infirmiers en pratique avancée (IPA). Ils doivent avoir plus de 3 ans d'expérience

3

Une partie enseignement obligatoire, composée d'un module « médical » et d'un module « administratif »

FORMATION ET ORIENTATIONS

1

Formation par L'ARS

PLATEFORME DÉDIÉE disponible 28 jours

2

Vous pourrez être sollicité :

- directement par la famille du défunt,
- le médecin traitant du défunt ;
- le SAMU, les services de police ou de gendarmerie ;
- les ARS

3

L'IDE qui a établi le certificat de décès informe :

- le médecin traitant ,
- en EHPAD ou en HAD
 - le médecin coordinateur
 - le médecin responsable
 - le directeur de l'établissement
 - transmet les données relatives aux causes du décès au médecin traitant

LES REMUNERATIONS ET EXERCICE

54€

- la nuit entre 20h et 8h ;
- le samedi, dimanche et jours fériés de 8h à 20h ;
- de 8h à 20h le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi qui suivent un jour férié ;
- de 8h à 20h dans les zones déterminées comme étant fragiles (arrêté du DG ARS)

42€

Le jour de 8h à 20h

- LIBERAL: sollicitation sur son lieu d'exercice
- EPHAD: sur son lieu de travail aux heures travaillées
- HAD idem sur ses heures travaillées et uniquement en HAD



ACCÈS DIRECT EN ORTHOPHONIE

MURIEL CAIS ROUALDES – ORTHOPHONISTE

Accès direct aux ORTHOPHONISTES

SANS PRESCRIPTION MEDICALE



Loi Rist du 19 Mai 2023

Accès direct possible pour l'exercice en libéral en :

- Equipes de soins primaires
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Centre de santé
- CPTS (si inscrit dans le projet de santé)

L'accès direct est effectif depuis le 26 juillet 2023 (Avenant 20 du 22-06-2023).

Obligations des orthophonistes :

- Adresser, systématiquement un compte-rendu du bilan initial (avec diagnostic orthophonique et projet thérapeutique) au médecin traitant, via une messagerie sécurisée si possible.
- Ajouter ce compte-rendu dans le dossier médical partagé du patient s'il nous l'autorise
- Ré-adresser son patient à un médecin s'il y a le moindre doute sur son état de santé

Objectif de la loi Rist



- Améliorer l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé face à la pénurie de médecins.
- **EFFETS ATTENDUS** : libérer du temps médical, faciliter les procédures de rdv pour les bilans, supprimer les erreurs de libellé des prescriptions.
- **QU'EST-CE QUI VA CHANGER ?**
(pas grand-chose)
 - Les orthophonistes devaient déjà envoyer les CR aux médecins prescripteurs.
 - Ils agissaient déjà en responsabilité en adressant aux médecins ou autres professionnels de santé pour des examens complémentaires (ORL, pédiatres, MG, gastropédiatres, neuropédiatres, pédopsychiatres,....)



C'est une confirmation de la confiance et de l'autonomie déjà accordées à cette profession puisque depuis de nombreuses années les orthophonistes décident des soins à mettre en œuvre une fois le bilan réalisé, et sont seuls experts des diagnostics de leurs domaines.

Dans la CPTS VEM

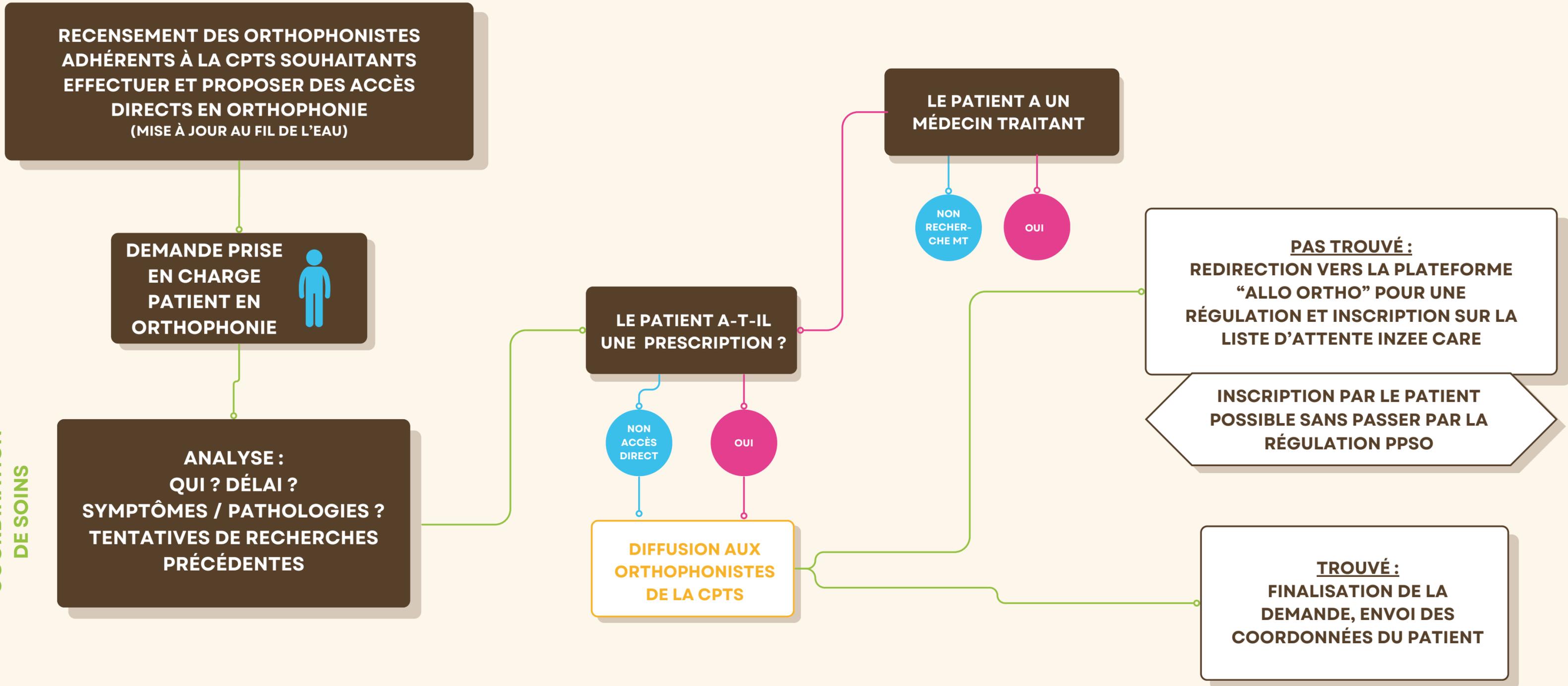
Sont concernés par cet accès direct (depuis le 04/09/2024) :

- Tous les patients relevant des actes orthophoniques inscrits dans la NGAP de cette profession.
- Tous les orthophonistes installés en libéral sur le territoire de la CPTS Var Estérel Méditerranée.

Logigramme CPTS

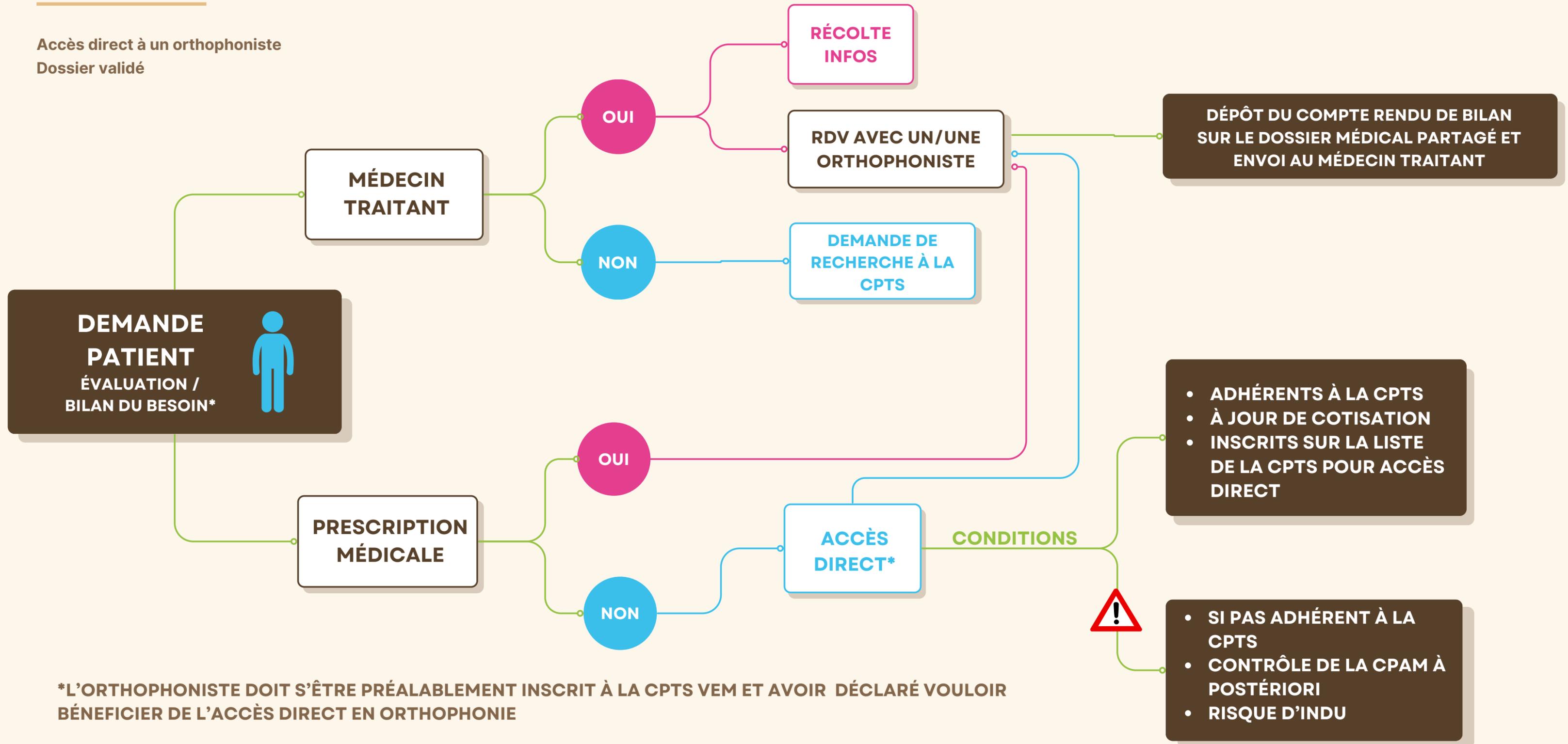


COORDINATION
DE SOINS



Logigramme ORTHOPHONISTES

Accès direct à un orthophoniste
Dossier validé



*L'ORTHOPHONISTE DOIT S'ÊTRE PRÉALABLEMENT INSCRIT À LA CPTS VEM ET AVOIR DÉCLARÉ VOULOIR BÉNÉFICIER DE L'ACCÈS DIRECT EN ORTHOPHONIE

ANNEXE



Évaluation de la demande

Faite par l'orthophoniste

- téléphone
- physique

Redirection vers "allo ortho"

- informations
- contact avec un orthophoniste régulateur

Liste d'attente commune INZEE CARE région PACA

- Lorsque le patient est orienté par un régulateur "allo ortho", cela apparait sur la liste d'attente
 - **Régulation PPSO**

**Améliorer
l'accès aux
soins : faciliter
l'accès aux
soins ortho-
phoniques**

Objectifs :

Réduire les inégalités d'accès aux soins orthophoniques, faire face à la pénurie de médecins généralistes et spécialistes, améliorer la pertinence des prises en charge.

Pour les patients :

Les patients peuvent être pris en soins par un orthophoniste en accès direct sans prescription médicale si l'orthophoniste concerné fait partie du territoire de la CPTS VEM.

L'orthophoniste veillera à poster le compte-rendu dans le Dossier Médical Partagé (DMP) du patient ou de l'assuré, avec l'accord de ce dernier, et à l'adresser au médecin traitant désigné par le patient ou l'assuré par messagerie sécurisée, ou à défaut par voie postale.

Pour les professionnels :

Temps médical et temps orthophonique optimisés, contribuant à faire face au défi de la démographie des professionnels de santé (médecins et orthophonistes), coordination assurée.

Les partenaires de la mise en application de l'accès direct aux soins orthophoniques sont l'ARS PACA, les CPAM et l'URPS Orthophonistes PACA.



LA TÉLÉ- CONSULTATION (ASSISTÉE) TÉLÉ-MÉDECINE TÉLÉ-SOIN

DR. JEAN-MARIE LAGARDE

Premier cas renouvellement de traitement chronique

- HTA
- Diabète insulinodépendant et type 2
- AVC avec séquelles
- Cardiopathies
- Insuffisance respiratoire
- Alzheimer
- Parkinson

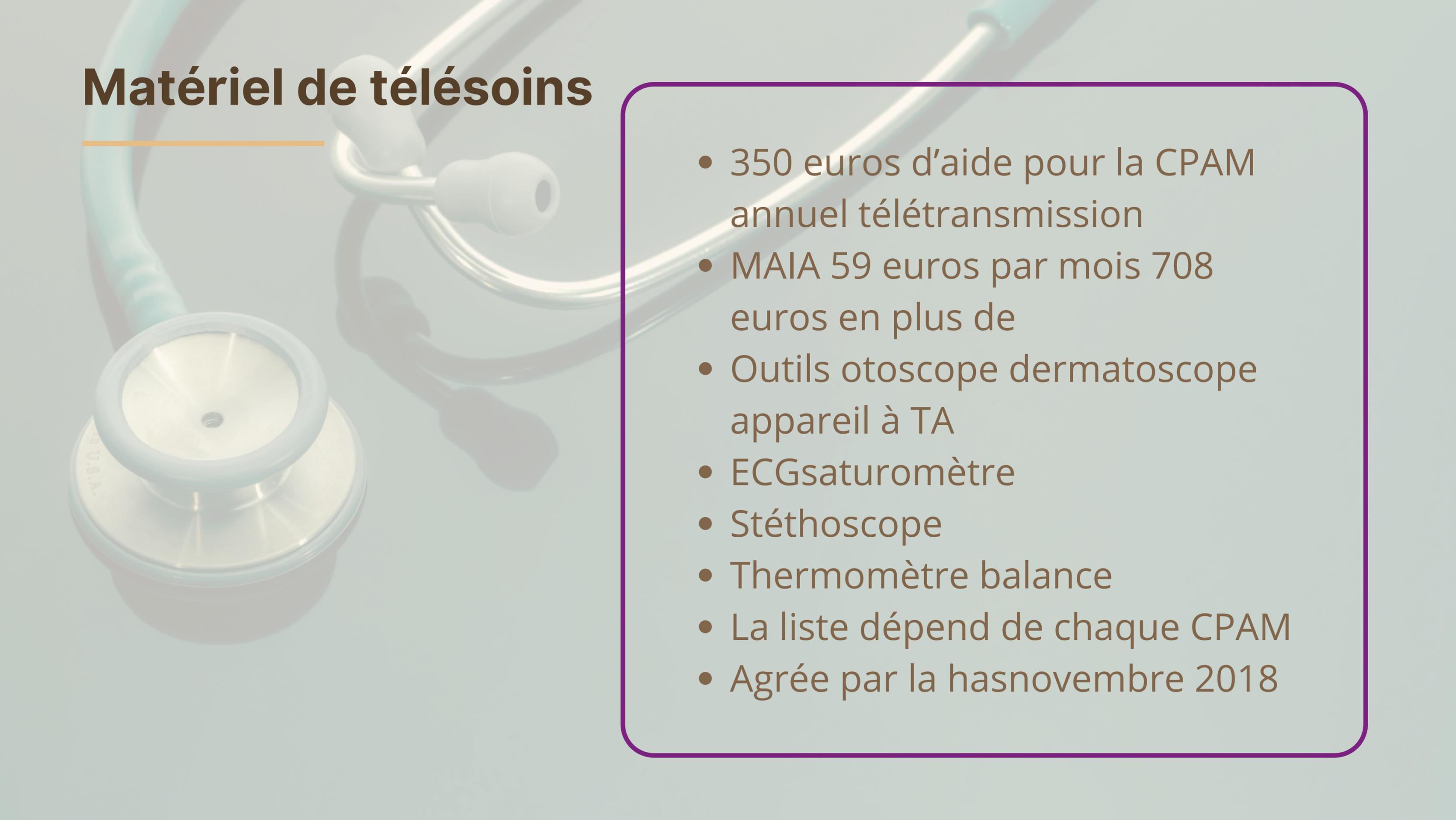
Pathologie courante avec protocoles HAS

- Surinfection pulmonaire
- Infection urinaire
- Grippe
- Covid
- Poussée OAP si itératives avec une prescription antérieure

En cas de primo pathologie ou d'aggravation

- Il y a dans 80% des cas un problème complémentaire
- Nécessité d'un bilan complémentaire ou d'imagerie
- Cotation par forfait trimestriel pour IPA
- Pour infirmier téléconsultation RQD 10 EUROS
- Médecin 20 EUROS TMI
- Remplissage du dossier clinique DMP par l'infirmier
- Envoi de l'ordonnance par MAlIA par le médecin et traçabilité dans le dossier PATIENT MLM

Matériel de télésoins

The background of the slide features a blurred image of medical equipment. In the foreground, a silver stethoscope is visible. Behind it, a white cable with several connectors, possibly for a telemedicine device, is shown. The overall aesthetic is clean and professional, with a light blue and white color palette.

- 350 euros d'aide pour la CPAM annuel télétransmission
- MAIA 59 euros par mois 708 euros en plus de
- Outils otoscope dermatoscope appareil à TA
- ECGsaturomètre
- Stéthoscope
- Thermomètre balance
- La liste dépend de chaque CPAM
- Agrée par la hasnovembre 2018

Patient avec
surinfection

Syndrome febrile , toux , auscultation
râles bronchique , Sat 92% test covid
négatif

Appel médecin, envoi ordo
amoxicilline 2G j 6 j

Surveillance sat et température 6
jours

Selon antécédents de bronchites

Patient avec infection urinaire

- Bandelette positive
- ECBU
- Antécédents de résistance fosfomycine
- SELEXID

Le plus simple

- Le matin réunion de synthèse
- Consultation dans 2 cabinets contigus de manière à régler les problèmes hors protocole
- Prise de rdv avec le médecin pour voir le bilan prescrit par l' IPA
- Sinon téléconsultation par MAIIA

Les consultations de prévention

- Remboursées code 30 euros 100% +G si ordo bilan
- Remplissage questionnaire activité physique type Marshal
- Suivi campagne vaccinations
- Suivi cancer colon sein col (prostate selon patient)
- Questionnaire alcool tabac
- Diététique
- Mise en place d'une stratégie avec consultation de suivi
- Traçabilité dans le dossier

Maintien à domicile

- Mise en place du maintien à domicile
- Infirmier
- Kine
- Aide-ménagère
- Avec un travail d'équipe
- En concurrence avec l'hôpital pour la mise en place

Conclusion

- Amélioration pour la prise en charge à domicile, rapidité
- Gain de temps pour le médecin
- On attend le décret pour la primo prescription pour l'expérimentation en maison médicale ou non
- L'évaluation se fera sur les patients chroniques par le nombre d'actes IPA
- L'avenir
- Travail en maison médicale virtuelle ?
- Un IPA pour 3 médecins ?



PROTOCOLES DE COOPÉRATION

GAUTHIER HUMBERT – PHARMACIEN

DÉFINITION DU PROTOCOLE

Médecins	Paramédicaux	Patients
<p>Dégager du temps médical (concertation sur des activités dans lesquelles leur plus-value est la plus grande)</p>	<p>Développement de nouvelles compétences</p>	<p>Garantit aux patients un accès aux soins plus rapide, avec le même degré de sécurité en toute confiance</p>

LES PROTOCOLES DE COOPERATION : DISTINGO

Protocoles nationaux de coopération	Protocoles locaux de coopération
<p>6 protocoles de soins non programmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cystite • Angine • Varicelle • Rhinite allergique • Entorse • Lombalgie aiguë 	<p>Les sujets sont libres en fonction des besoins des équipes. Le thème choisi doit cependant respecter la qualité et la sécurité des soins.</p>
<p>Cadre strict et validé par l'HAS pour les 6 protocoles. Délégation de tâches hors décret de compétence. La délégation est possible à des non-médecins, sans validation au préalable par l'HAS.</p>	<p>Cadre souple et négocié localement. Protocoles validés par l'ARS après avis d'un comité restreint composé d'au moins un conseiller technique DGOS. Délégation de tâches hors décret de compétence.</p>



LES 4 PROTOCOLES

(À METTRE EN PLACE À L'OFFICINE
OU AU CABINET INFIRMIER)

1. prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans ;
2. prise en charge chez l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse ;
3. prise en charge de l'odynophagie pour les patients de 6 à 50 ans ;
4. renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans.
5. **CONDITIONS** : Seuls les professionnels de santé membres d'une CPTS, d'un CDS, d'une MSP, peuvent être rémunérés par l'Assurance maladie via la structure.

LE CADRE

Le cadre général

Quels protocoles ?

4 protocoles peuvent être mis en œuvre à l'officine, pour :

1. la prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle
2. la prise en charge de l'odynophagie
3. la prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse
4. le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière

Tous les patients peuvent être pris en charge, y compris ceux non domiciliés sur le territoire de la MSP, du CDS ou de la CPTS.

Entre quels professionnels ?

Les médecins et pharmaciens membres d'un même centre de santé (CDS), d'une maison de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

La prise en charge ne dépend pas du territoire d'exercice du médecin traitant.

Pour quelle rémunération ?

25 € par patient entrant dans le protocole.

Versée à la MSP, au CDS ou à la CPTS, la rémunération est librement partagée entre le médecin délégant et le pharmacien délégué.

Vous devez donc vous accorder sur la répartition de la rémunération avec le médecin délégant avant mise en œuvre de ses protocoles.

ÉVOLUTIONS :

SUITE À L'ARRÊTÉ DE MARS 2023

- Passage dans le droit commun pour les pharmaciens avec possibilité de réaliser ces protocoles avec des TROD (Test Rapide d'Orientation au Diagnostic) par un pharmacien formé et facturation directement à la CPAM
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans ;
- Prise en charge des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie



ÉVOLUTIONS RÉCENTES ET À VENIR

- **Août 2024**

Clarification des modalités de prise en charge et de facturation qui accompagne le protocole de coopération national médico-infirmier PA PH

- **Juillet 2024**

Les 4 protocoles de soins non programmés autorisés en mars 2020 (rhinite allergique, éruption vésiculeuse de l'enfant, entorse de cheville simple, lombalgie aiguë) sont restés accessibles aux CPTS de façon dérogatoire jusqu'au 31 août 2023, dans l'attente de l'adaptation qui les rendra accessibles dans l'ensemble de l'exercice coordonné. Une lettre ministre en date du 4 juillet 2024 les prolongent de nouveau jusqu'à leur entrée dans le droit commun mais des clarifications nationales sont encore à venir.

- **Juin 2024**

2024 - décret et arrêté

Plus besoin pour le pharmacien d'être dans le cadre d'une SEC ou d'une CPTS ;

- Pour l'IDE en revanche, la prise en charge reste possible mais toujours conditionné au cadre d'une SEC ou CPTS

Décret n° 2024-618 du 27 juin 2024 relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs-kinésithérapeute participant à une communauté professionnelle territoriale de santé d'exercer leur art sans prescription médicale >> non applicable en l'état: en attente de parution de l'arrêté précisant les territoires expérimentateurs

CONDITIONS REQUISES POUR MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE

1. J'identifie une structure (MSP, CDS, CPTS)

J'informe la structure d'exercice coordonné de mon intention d'adhérer au(x) protocole(s) et, par conséquent, d'adhérer à la structure elle-même.



2. J'identifie un médecin délégué

Je connais un médecin intéressé et qui exerce sur le territoire de la structure concernée.

Je ne connais pas de médecin intéressé : je contacte la structure.

3. Je me forme et finalise les modalités pratiques de mises en œuvre du protocole



Le médecin délégué (ou un organisme agréé) me forme afin que je puisse poser un diagnostic, réorienter le patient (exclusion du protocole), prescrire les médicaments...

Les protocoles précisent les détails de la formation (contenu, durée...).

Je m'accorde avec le médecin délégué sur les modalités pratiques de mise en œuvre du protocole (ex : mode de communication du compte-rendu, enquête de satisfaction, rémunération...).

J'informe la structure du partage de la rémunération retenu.

→ Pour obtenir un modèle de courrier consultez la FAQ.

4. Je remplis un formulaire

Je formalise mon adhésion au protocole avec le médecin délégué en complétant le formulaire sur le site demarches-simplifiees.fr.



5. Je prends en charge les patients qui peuvent être inclus dans le protocole puis je remplis le compte-rendu

(un modèle de compte-rendu est disponible en annexe des protocoles)

6. Je facture à la structure et à l'Assurance maladie



A échéance régulière, je transmets à la structure un tableau récapitulatif des prises en charge.

→ Pour obtenir un modèle de tableau consultez la FAQ
La structure transmettra ensuite à la CPAM un tableau de reporting. Elle verse le montant perçu de l'Assurance maladie aux professionnels de santé.

Quand je délivre des médicaments dans le cadre des protocoles, je les facture à l'Assurance maladie en indiquant les numéros AM et RPPS du médecin délégué.

Modèles type de documents à renseigner et à insérer dans le formulaire de déclaration en ligne pour mettre en œuvre un protocole national ou un protocole local
Plateforme « démarche simplifiée »

Conformément aux décrets relatifs aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles de coopération nationaux (Décret n° 2020-148 du 21 février 2020) et locaux (Décret n° 2021-804 du 24 juin 2021)

1/ accord de l'employeur

2/ accord d'engagement des membres de l'équipe

3/ attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération

1/ Modèle : Accord de l'employeur

Je soussigné [NOM, PRENOM] responsable de la structure d'exercice [NOM], donne mon accord pour la déclaration et la mise en œuvre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] autorisé par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE] à l'équipe composée de :

- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
-

Fait à [VILLE], le [DATE].

Signature du responsable

Cachet de la structure d'exercice

2/ Modèle : Accord d'engagement des membres de l'équipe

DELEGANTS				
NOM	PRENOM	PROFESSION	N° RPPS/ADELI	SIGNATURE

DELEGUES				
NOM	PRENOM	PROFESSION	N° RPPS/ADELI	SIGNATURE

Nous déclarons sur l'honneur notre engagement mutuel pour la mise en œuvre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] autorisé par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE].

Fait à [VILLE], le [DATE].

3/ Modèle : Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération

Je soussigné [NOM, PRENOM], exerçant en tant que délégué dans le cadre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] certifie sur l'honneur avoir validé les compétences spécifiques à celui-ci et conformément à son autorisation par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE].

La formation a été délivrée par [NOM DE L'ORGANISME DE FORMATION/NOM DU RESPONSABLE DE FORMATION] et a comporté :

- [XXX] heures de formation théorique et
- [XXX] heures de formation pratique.

Fait à [VILLE], le [DATE].

Signature du délégué



CONDITIONS REQUISES POUR INTEGRER UN PROTOCOLE : FORMATION

- Pour la prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'**enfant de 12 mois à 12 ans** :
 - Une formation de **10 heures** est **obligatoire**, dont une partie doit être réalisée en présentiel. Le professionnel de santé devra réussir 10 cas pratiques ou jeux de rôles avec photos de lésion de varicelle pour lesquels, il aura éliminé ou identifié les critères d'exclusion et prescrit, le cas échéant, la bonne posologie et le traitement adapté.



CONDITIONS REQUISES POUR INTEGRER UN PROTOCOLE : FORMATION

- Pour la prise en charge du renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les **patients de 15 à 50 ans** :
 - Une formation de **5 heures** est **obligatoire**, dont une partie doit être réalisée en présentiel. Le professionnel devra réussir 10 cas pratiques ou jeux de rôles pour lesquels il aura éliminé ou identifié les critères d'exclusion, prescrit, identifié et renouvelé adéquatement les traitements.



COMMENT SE FORMER ?

- Pour les **2 protocoles** encore en **vigueur** : par l'ensemble des médecins déléguants : Rhino conjonctivite, l'éruption cutanée vésiculeuse
- Une **évaluation** des **pratiques** et des **savoirs** au bout de **3 mois** puis tous les **6 mois** devra avoir lieu entre le délégué et le déléguant.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération - Annexe 1

Je soussigné, exerçant en tant que délégué dans le cadre du protocole de coopération NATIONAL intitulé certifie sur l'honneur avoir validé les compétences spécifiques à celui-ci et conformément à son autorisation par arrêté du 6 mars 2020 et du 11 juillet 2022.

Fait à, le

Signature

Accord de la structure - Annexe 2

Je soussigné responsable de la structure d'exercice coordonné, donne mon accord pour la déclaration et la mise en œuvre du protocole de coopération NATIONAL intitulé autorisé par ARRETE MINISTERIEL du 6 mars 2020 et du 11 juillet 2022 à l'équipe composée de [NOM, PRENOM, PROFESSION] :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Fait à, le

Signature du responsable

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Accord d'engagement des membres de l'équipe - Annexe 3

DELEGANTS MEDECINS

NOM	PRENOM	PROFESSION	N° ADELI/RPPS	SIGNATURE

DELEGUES PHARMACIENS

NOM	PRENOM	PROFESSION	N° ADELI/RPPS	SIGNATURE

Nous déclarons sur l'honneur notre engagement mutuel pour la mise en œuvre du protocole de coopération NATIONAL intitulé
autorisé par arrêté 6 mars 2020 et du 11 juillet 2022.

Fait à, le

Ordonnance - Annexe 4

selon l'arrêté du 6 mars 2020 et du 11 juillet 2022

Médecin - Dr

RPPS n°

Pharmacien - Dr

RPPS/Adeli n°

Patient - M/Mme.....

Date :

Signature

MISE EN ŒUVRE DES PROTOCOLES

PASSAGE À LA PRATIQUE



Eruption cutanée vésiculeuse prurigineuse - Formulaire synthétique de saisie et de prescription intégré au dossier patient

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

Motif de consultation : Eruption cutanée vésiculeuse prurigineuse

Critères d'exclusion :

- Âge < 12 mois Âge > 12 ans
- Fièvre > 39 ou depuis plus de 3 jours
- Altération de l'état général
- Céphalées
- Confusion, troubles du comportement, trouble de la marche ou de l'équilibre
- Vomissements ou retentissement sur l'alimentation
- Toux ou troubles respiratoires (dyspnée)
- Dysphagie marquée
- Immuno-dépression grave (VIH, chimiothérapie, corticothérapie, traitement immuno-suppresseur)
- Antécédent de varicelle connu

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

DONNEES CLINIQUES :

Signes cliniques cutanés : Association de lésions cutanées vésiculaires ET maculo-papulo-érythémateuse ET croûteuses diffuses (si les 3 types de lésions ne sont pas présentes : critère d'exclusion)

Signes cliniques de varicelle typique :

- lésions cutanés maculo-papulo-érythémateuses
- lésions cutanés vésiculaires « en goutte de rosée »
- lésions cutanés vésiculaires ombiliquées
- lésions cutanés croûteuses après 3 jours
- lésions muqueuses arrondies érosives (non confluentes)
- prurit diffus
- température < 38.5
- bon état général

Siège des lésions : Cuir chevelu /tronc membres / périnée / visage / bouche / paupières /pas d'atteinte paumes des mains ou plantes des pieds

Exclusion sur lésions compliquées ou à risque de complication :

- Localisation faciale exclusive
- Eruptions vésiculeuses localisées
- Lésions croûteuses mélicériques
- Lésions purpuriques
- Lésions hémorragiques ou nécrotiques
- Lésions purulentes
- Atteinte ophtalmique
- Atteinte muqueuse prédominante
- Atteinte des plantes des pieds ou paumes des mains
- Placard cutané douloureux
- Eczéma sévère
- Suspicion de surinfection

Doute du Délégué : **oui non**

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

DEMARCHE THERAPEUTIQUE / PRESCRIPTION TYPE:

Traitement symptomatique, de la fièvre, des douleurs et du prurit selon l'ordonnance type :

- ✓ Pas d'usage d'aspirine, ibuprofène ou autre AINS tant que la pathologie persiste
- ✓ Paracétamol selon le poids en cas de fièvre
- ✓ Solution antiseptique non colorée et non alcoolisée
- ✓ Talc et fluorescéine contre indiqués
- ✓ Conseils d'hygiène pour éviter les surinfections de grattage : ongles courts, lavage régulier des mains et douches fraîches pour calmer les démangeaisons
- ✓ Conseil d'éviction vis-à-vis des personnes fragiles ou à risque de l'entourage :
 - Femmes enceintes dans l'entourage n'ayant pas d'antécédent de varicelle : consultation obstétricale d'urgence.

Conseils inscrits sur la prescription type :

- ✓ Consulter le MG en cas de :
 - céphalées
 - Vomissements
 - trouble du comportement, confusion, trouble de l'équilibre ou de la marche, convulsion
 - toux ou troubles respiratoires
 - dysphagie marquée
 - Fièvre > 39 et/ou > 3 jours

Complément de démarches :

- Remplissage du carnet de santé
- Vérification systématique des vaccinations obligatoires
- Entourage de + de 12 ans n'ayant pas d'antécédent de varicelle : consultation chez le médecin traitant pour vaccination d'urgence

Exclusion sur lésions compliquées ou à risque de complication :

Localisation faciale exclusive
Eruptions vésiculeuses localisées
Lésions croûteuses mélicériques
Lésions purpuriques
Lésions hémorragiques ou nécrotiques
Lésions purulentes
Atteinte oculaire
Atteinte muqueuse prédominante
Atteinte des plantes des pieds ou paumes des mains
Placard cutané douloureux
Eczéma sévère
Suspicion de surinfection

Doute du Délégué :

oui non

Au terme de l'examen d'exclusion, réorientation vers le MG

oui non

DEMARCHE THERAPEUTIQUE / PRESCRIPTION TYPE:

Traitement symptomatique, de la fièvre, des douleurs et du prurit selon l'ordonnance type :

- ✓ Pas d'usage d'aspirine, ibuprofène ou autre AINS tant que la pathologie persiste
- ✓ Paracétamol selon le poids en cas de fièvre
- ✓ Solution antiseptique non colorée et non alcoolisée
- ✓ Talc et fluorescéine contre indiqués
- ✓ Conseils d'hygiène pour éviter les surinfections de grattage : ongles courts, lavage régulier des mains et douches fraîches pour calmer les démangeaisons
- ✓ Conseil d'éviction vis-à-vis des personnes fragiles ou à risque de l'entourage :
 - Femmes enceintes dans l'entourage n'ayant pas d'antécédent de varicelle : consultation obstétricale d'urgence.

Conseils inscrits sur la prescription type :

- ✓ Consulter le MG en cas de :
 - céphalées
 - Vomissements
 - trouble du comportement, confusion, trouble de l'équilibre ou de la marche, convulsion
 - toux ou troubles respiratoires
 - dysphagie marquée
 - Fièvre > 39 et/ou > 3 jours

Complément de démarches :

- Remplissage du carnet de santé
- Vérification systématique des vaccinations obligatoires
- Entourage de + de 12 ans n'ayant pas d'antécédent de varicelle : consultation chez le médecin traitant pour vaccination d'urgence



POUR SYNTHÉTISER

- Prise de rendez-vous
- Proposition au patient d'orientation vers une prise en charge dans le cadre du protocole
- Consultation de la synthèse médicale (VSM) par le délégué
- Examen clinique et prise en charge du patient par le professionnel de santé délégué
- Prescription de l'ordonnance type
- Compte rendu à intégrer dans Mon espace santé du patient +/- dossier partagé



DÉLÉGATION MAIS RESPONSABILITÉ QUAND MÊME ENGAGÉE (VOIR AVEC ARS)

- La mise en œuvre de ce protocole implique que la responsabilité du délégant et du délégué est engagée
- La responsabilité est partagée entre le délégant et le délégué
- Le patient doit être informé de sa prise en charge dans le protocole
- PS :
 - La mise en place de ces protocoles et le versement des rémunérations des 25euros à l'équipe par consultation nécessite l'adhésion individuelle à une CPTS et au protocole par le professionnel de santé
 - La consultation se fait au cabinet infirmier ou en pharmacie avec un espace de confidentialité obligatoire



SOURCES

- Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle



SOURCES

- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération “Renouvellement du :
 - traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier
 - diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle”
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération “Prise en charge de l'enfant :
 - de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le
 - pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle”



SOURCES

- INSTRUCTION N° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021 relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés
- INSTRUCTION N° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été **2022**



PROCOLES DE COOPÉRATION

PHILIPPE LOUCHEUX – KINÉ

1. Suivi et coordination entre les professionnels de santé : durée : une heure ,
anamnèse, connaissance de la maladie, conclusion et synthèse adressé au
médecin adresseur
2. Consentement du patient
3. Renouvellement à l'identique des prescriptions, changement de dosage en
parfaite concertation médicale
4. Examens biologiques, radio, matériel spécifique : lit médicalisé, fauteuil...

FICHE PROJET

ITEMS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	Protocole d'accès direct en consultation de masso-kinésithérapie dans le cadre d'une douleur à la cheville consécutive à un traumatisme en torsion dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.
Profession du délégant	Médecin généraliste
Profession du délégué	Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
Objectifs Quels sont les résultats attendus en termes de <ul style="list-style-type: none"> - qualité de la prise en charge du patient ? (délai de prise en charge, file active, gains pour les patients, objectifs de santé publique...) - réorganisation de la prise en charge ? - optimisation de la dépense de santé ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge de la douleur à la cheville suite à un traumatisme en torsion en réduisant les délais. - Diminuer le recours aux services d'urgence - Valorisation de la profession de masseur kinésithérapeute dans la prise en charge (diminution des consultations de médecine générale au profit de consultations de masso-kinésithérapie).

Actes dérogatoires

Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ?

Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats...?

Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un

Accès direct en consultation de masso-kinésithérapie dans le cadre d'un traumatisme en torsion de la cheville chez un patient entre 18 et 55 ans.

Examen clinique.

Diagnostic positif de l'entorse, exclusion des diagnostics différentiels et des signes de gravité.

Prescription via une ordonnance-type de paracétamol, chevillière stabilisatrice (type Aircast) et procédure RICE (repose relatif, application de glace 3 à 4 fois par jour, dispositif de contention (bas, bande ou chaussette), surélévation du membre lésé lors de la position assise ou couchée.

Prescription d'une aide à la marche si besoin (cannes anglaises).

Prescription de séances de masso-kinésithérapie dès amélioration de la douleur (6 à 10 séances).

Vérification de l'indication d'une radiographie selon les critères d'Ottawa et prescription de celle-ci.

Traumatisme en torsion de la cheville

Processus de prise en charge

Critères d'inclusion : douleur de cheville consécutive à un traumatisme en torsion chez un patient dont un des délégués est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué

Vérification par le délégué de la présence de critères d'exclusion, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Interrogatoire :

- Age < 18 ans ou > 55 ans
- Plaie de la cheville
- Polytraumatisme
- Chute consécutive à un malaise
- Douleur de genou associée
- Appui unipodal impossible persistant à 24 heures du traumatisme initial
- Accident de travail
- 2 antécédents d'entorse sur la même cheville
- Antécédent de maladie thrombose veineuse profonde
- Traitement par anti-agrégant ou anticoagulant

Examen :

- Appui unipodal impossible ou impossibilité de faire 4 pas
- Signes d'atteinte ou de rupture du tendon d'Achille (augmentation de la flexion dorsale de la cheville traumatisée par rapport à la cheville saine)
- Douleur à la palpation sur le trajet de la fibula

Lors de la prise en charge :

- Refus du patient
- Doute du délégué (« Guts feeling »)

Un critère d'exclusion ou plus ou doute du délégué

Absence de critère d'exclusion

Réorientation vers le médecin

Fracture

Prescription d'une radio (en attendant: RICE, contention, paracétamol)

Absence de fracture

Poursuite de l'examen clinique : Critères Ottawa :

- Sensibilité à la palpation osseuse du bord postérieur (dans les 6cm distaux d'une malléole) ou de la pointe de l'une des 2 malléoles
- Sensibilité à la palpation osseuse de l'os naviculaire (ou scaphoïde tarsien) ou de la base du 5^{ème} métatarse

1 critère d'Ottawa ou plus

Absence de critère d'Ottawa

Démarche thérapeutique :

- Encourager la marche, RICE : repos (cannes anglaises si besoin), glaçage, compression, élévation
- Contention: attelle amovible (type Aircast)
- Paracétamol
- Arrêt Maladie selon référentiel Ameli. Durée en fonction :
 - Du grade de l'entorse : grade 1 en l'absence d'hématome, 2 si présence, 3 exclu d'office car appui impossible
 - Du type d'emploi
- En cas de facteur de risque thrombo-embolique (voir fiche synthétique) : contact avec le médecin traitant pour évaluer la nécessité d'une anticoagulation préventive

Reévaluation à J3

Bonne évolution et absence de nécessité de prolongation d'arrêt maladie :
Prescription de séances avec MKDE selon référentiel Ameli

Bonne évolution mais nécessité de prolonger arrêt maladie :
Contact médecin traitant + prescription MKDE

Absence d'amélioration :
orientation vers le médecin

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

FICHE PROJET

ITEMS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	Prise en charge de la douleur lombaire aigue inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.
Profession du délégant	Médecin généraliste
Profession du délégué	Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
Objectifs Quels sont les résultats attendus en termes de <ul style="list-style-type: none"> - qualité de la prise en charge du patient ? (délai de prise en charge, file active, gains pour les patients, objectifs de santé publique...) - réorganisation de la prise en charge ? - optimisation de la dépense de santé ? 	Diminuer la récurrence et la chronicisation de la lombalgie en améliorant la qualité de prise en charge et en réduisant son délai. Diminuer le recours aux services d'urgence Valorisation de la fonction de masseur-kinésithérapeute (diminution des consultations de médecine générale au profit de consultations de kinésithérapie).

<p>Actes dérogatoires</p> <p>Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ?</p> <p>Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats...?</p> <p>Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?</p> <p>Pour un acte technique, s'agit-il, par exemple, de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de décider</p>	<p>Accès direct au masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'un épisode de lombalgie aiguë chez un patient entre 20 et 55ans.</p> <p>Diagnostic de la lombalgie commune (annexe 2)</p> <p>Evaluation des drapeaux rouges et des drapeaux jaunes</p> <p>Poser l'indication d'un traitement antalgique</p> <p>Prescription via une ordonnance-type d'AINS ou paracétamol.</p> <p>Prescription d'un bilan et de séances de masso-kinésithérapie par le masseur-kinésithérapeute pour les patients à risque de passage à la chronicité(drapeaux jaunes et récurrence de la lombalgie dans les 12 mois) :</p> <p>Education thérapeutique avec participation active du patient, les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie.</p>
<p>de la conduite à tenir en fonction des résultats ?</p>	<p>prescription d'un arrêt de travail initial de 0 à 5 jours selon l'âge, la condition physique, le temps et le mode de transport, le poste de travail (référentiel AMELI)</p> <p>Education du patient pour renforcer les messages du caractère bénin du lumbago et de son caractère résolutif spontanément (non dérogatoire) : réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique. (Annexe 3)</p> <p>Consultation de réévaluation 2 à 4 semaines après la 1^e consultation dérogatoire : évaluation de la douleur, nouvelle recherche de drapeaux jaunes et sensibilisation à l'importance de l'activité physique.</p>

Lombalgie
Processus de prise en charge

Critères d'inclusion : douleur lombaire d'apparition brutale, depuis moins de 4 semaines, chez un adulte de 20 à 55 ans, dont un des délégants est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué

Vérification par le délégué de la présence de **critères d'exclusion**, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Examen du dossier médical:

- Antécédent de cancer, de chirurgie du rachis
- Rhumatisme inflammatoire connu
- Fragilité osseuse (ostéoporose, corticothérapie au long cours)
- Risque infectieux (immuno-déficience, usage de drogues IV)
- Grossesse

Interrogatoire :

- Altération de l'état général, perte de poids involontaire et inexplicée
- Fièvre ou signe d'infection.
- Ponction lombaire < 14 jours
- Douleur de type inflammatoire, non mécanique: douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit, qui diminue voire disparaît lors des mouvements et des activités, avec présence d'un dérouillage matinal
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales)
- Traumatisme à forte cinétique
- Irradiation dans un membre inférieur
- Dysfonction urinaire
- Déficit neurologique objectif
- Accident de travail
- 3^{ème} épisode dans les 12 derniers mois

Examen clinique :

- Douleur irradiant dans les membres inférieurs
- Troubles vasculaires aux membres inférieurs: pied blanc, froid, abolition des pouls périphériques
- Symptômes neurologiques étendus (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésies au niveau du pubis (ou périnée) ; Anesthésie en selle
- Plaie à proximité du rachis
- Douleur à la pression d'une épineuse
- Déformation structurale importante du rachis

Lors de la prise en charge:

- Refus du patient
- Doute du délégué (guts feeling)

Un critère d'exclusion ou plus

Absence de critère d'exclusion

Orientation vers le médecin

Démarche thérapeutique :

- Réassurance, lutte contre les peurs et les croyances, **sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique**, prévention de la récurrence et remise d'une fiche conseils
- Prescription d'antalgiques:
 - **Anti inflammatoire non stéroïdien (AINS)** en première intention, EN L'ABSENCE d'une éventuelle 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, prise concomitante d'anticoagulants). La recherche de contre-indications se fait par la consultation du dossier médical du patient et l'interrogatoire.
 - Par exemple: Naproxène 550 mg matin et soir pendant 5 jours*
 - Prescription d'un inhibiteur de la pompe à proton en association en cas d'épigastalgies sous AINS
 - Paracetamol
- Conseil de consulter un médecin
- À 5 jours en cas de persistance des douleurs
- Dans les 24 heures en cas d'aggravation des douleurs, d'apparition de signes neurologiques déficitaires ou de nouveaux symptômes
- Evaluation du risque de chronicisation:** recherche de la présence de « drapeaux jaunes » (*annexe I*), et prescription d'un **bilan kiné et de 3 séances de rééducation si risque de chronicisation (présence de drapeaux jaunes ou récurrence de la lombalgie dans les 12 mois):** éducation thérapeutique avec participation active du patient, apprentissage de l'auto-rééducation, éventuellement programme d'exercices supervisé. Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément.
- Arrêt maladie si besoin** selon référentiel Ameli (*Annexe II*): 0 à 5 jours, en fonction de l'âge et de la condition physique du patient, du temps et du mode de transport, du poste de travail.

Consultation de suivi (2 à 4 semaines): sensibilisation à l'importance de l'activité physique, évaluation de la douleur, nouvelle recherche de drapeaux jaunes, prévention de la récurrence



	PEC douleur lombaire	PEC traumatisme torsion cheville
Heure formation	<p>La formation durera 10h et sera délivrée par l'ensemble des médecins délégués (il y aura parmi eux au moins un maître de stage des universités) à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes délégués afin de s'assurer d'une harmonisation des pratiques elle sera organisée en trois séquences d'apprentissage.</p> <p>Il n'y a pas d'autre prérequis que le diplôme de masseur-kinésithérapeute</p>	
Séquence 1	Accès direct aux soins de masso-kinésithérapie	Diagnostic de l'entorse de cheville
Séquence 2	Prise en charge thérapeutique: éducation, recherche de drapeaux jaunes et prescription de séances de masso-kinésithérapie	Gradation de la gravité du traumatisme et prescription d'un arrêt de travail
Séquence 3	Prescription d'AINS ou paracétamol et d'un arrêt de travail si besoin	Recherche de facteurs de risques thrombo-emboliques



MERCI DE VOTRE ATTENTION

