

<h1>Projet de protocole local de coopération inter professionnelle</h1> <p>Fondé sur les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 Il est impératif de renseigner avec rigueur l'ensemble des rubriques car les descriptions justifient l'adéquation de l'activité aux exigences référencées. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits dans le protocole</p>		<h2>Indexation des annexes</h2> <p>Certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra</p>
1. Intitulé du protocole	Prise en charge en première intention d'un patient consultant pour douleurs d'épaules non traumatiques par le masseur-kinésithérapeute en coopération avec le médecin.	
2. Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur lesquelles est fondé le protocole - Autres recommandations professionnelles et textes réglementaires	<p><u>Recommandations professionnelles HAS</u> : Modalités de prise en charge d'une épaule non douloureuse 2005 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/epaule_douloureuse_recos.pdf</p> <p>Note de cadrage HAS de 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/note_cadrage_tendinopathie_coi_2019_11.pdf</p> <p><u>Textes réglementaires</u> : Nomenclature générale des actes professionnels. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP05092022.pdf</p> <p>Code de la santé publique article L4321-1 et suivants https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171311/</p> <p><u>Autres références bibliographiques</u> : Physiotherapy for patients with shoulder pain in primary care: a descriptive study of diagnostic- and therapeutic management. Physiotherapy volume 103, issue 4, P369-378; December 01, 2017 Y.H.J.M Karel, G.G.M Scholten-Peeters et al. https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.11.003</p>	
3. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre	<p><u>Objectifs de mise en œuvre</u> : Facilitation de l'accès au médecin traitant. Amélioration du parcours de soins du patient. Prise en charge précoce limitant les complications possibles liées à l'attente de prise en charge. Assurer la coordination entre les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes.</p> <p><u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole</u> : Patients présentant une douleur d'épaule non traumatique.</p> <p><u>Professionnels concernés</u> Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Médecin généraliste Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Masseur-Kinésithérapeute</p> <p><u>Lieu de mise en œuvre</u> : CPTS Nord-Aisne</p>	Annexe 6 : objectifs généraux du protocole, et contexte.
4. Critères d'inclusion des patients (définir précisément tous les critères sans oublier ceux liés à l'âge)	<p><u>Critère 1</u> : Douleur d'épaule sans signe traumatique <u>Critère 2</u> : tous les patients de plus de 18 ans <u>Critère 3</u> : patient suivi habituellement par un médecin de la CPTS</p>	Annexe 8 : Organigramme d'inclusion et d'exclusion des patients.

<p>5. Critères de non-inclusion des patients (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)</p>	<p><u>Critère 1</u> : enfants entre 0 et 18 ans <u>Critère 2</u> : douleur post-traumatique, y compris les plaies <u>Critère 3</u> : épilepsie ou électrocution <u>Critère 4</u> : Douleur apparue suite à une chute ou à un malaise <u>Critère 5</u> : Comorbidités à risque (risque thrombo-embolique, traitement par traitement antiagrégant ou anti-coagulants) <u>Critère 6</u> : accident du travail <u>Critère 7</u> : douleur cervicale avec irradiation dans le membre supérieur <u>Critère 8</u> : Patient non pris en charge par un médecin traitant de la CPTS</p>	<p>Annexe 8 : Organigramme d'inclusion et d'exclusion des patients.</p>
<p>6. Description synthétique par un algorithme de l'inclusion et du parcours du patient dans le cadre du protocole</p>	<p>Orientation / demande d'inclusion au protocole par : numéro de téléphone unique de la CPTS gérant l'orientation des patients. Formulaire en annexe.</p> <p>Le délégué vérifie les critères d'éligibilité , informe le patient et recueille son consentement. Formulaire en annexe.</p>	<p>Annexe 1 : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité du patient, d'information du patient et de recueil de son consentement au protocole.</p>

<p>7. Liste de toutes les dérogations envisagées : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Pour chaque dérogation, rédiger une annexe comprenant l'arbre décisionnel associés aux documentations et outils nécessaires : ordonnances préétablies, fiches d'information ou de conseils, programme de formation si le choix est fait de segmenter la formation dérogation par dérogation</p> <p><i>Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'examens cliniques ou complémentaires, la réalisation de tests, la prescription d'examens complémentaires ou de traitements hors compétences des délégués, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients</i></p>	<p><u>Dérogation 1</u>: Suite à l'évaluation du patient, identifier les situations nécessitant une prise en charge médicale en urgence et le cas requérant une consultation médicale avant la prise en charge par le délégué.</p> <p><u>Dérogation 2</u>: Prescription d'imagerie de type radiographie ou échographie</p> <p><u>Dérogation 3</u> : Prescription d'AINS et/ou d'antalgiques de classe 1</p> <p><u>Dérogation 4</u> : Prescription de masso-kinésithérapie</p> <p><u>Dérogation 5</u> : Prescription d'un arrêt de travail et/ou d'une dispense de sport</p>	<p>Annexe 2 : Arbres décisionnels et choix thérapeutiques.</p> <p>Annexe 7 : Contenu complet de la formation, objectifs, apprentissages, évaluations.</p>
<p>8. Formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués pour exercer ces nouvelles compétences dérogatoires</p> <p>Le programme de formation doit être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole</p> <p>Le programme de formation peut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit être décrit ici pour l'ensemble du protocole : à prioriser si le protocole ne prévoit qu'une dérogation ou un petit nombre de dérogations liées entre elles - Soit être décrit de façon spécifique à chaque dérogation dans les annexes relatives aux arbres décisionnels : à prioriser si le protocole comprend plusieurs dérogations d'application relativement indépendante. 	<p><u>Formation théorique , Formation pratique Maintien des compétences</u> : Formation de 10h avec séquence d'apprentissage théorique et pratique, une séquence d'évaluation ainsi qu'un suivi de formation.</p>	<p>Annexe 7 : Contenu complet de la formation, objectifs, apprentissages, évaluations.</p>

<p>9. Organisation de l'équipe pour la mise en œuvre du protocole.</p>	<p>• Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégués et délégués Délégués et délégués échangent par voie électronique et sécurisée. Utilisation de la plateforme collaborative « Jamespote ».</p> <p>• Mode de mise à disposition de la grille d'éligibilité au protocole, des arbres décisionnels et des documents annexes <u>Version papier</u></p> <p>• Disponibilité et interventions requises du professionnel délégué <u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégués eu égard aux délégués et prendre en charge les patients ré orientés vers un médecin :</u></p> <p>La CPTS possède un numéro de téléphone unique pour orienter les patients. Ainsi le patient est orienté au besoin vers un autre déléguant ou un autre médecin de la CPTS si un déléguant est absent par exemple.</p> <p><u>Modalités de gestion des urgences (mode de contact, conduite à tenir en cas de déléguant absent ou non joignable)</u></p> <p>Là encore, le numéro de téléphone unique peut réorienter vers le 15 ou tout autre service d'urgences si nécessaire.</p> <p>La CPTS dispose d'une plateforme collaborative sécurisée « Jamespote » qui permet un échange direct entre déléguants et délégués ainsi que la traçabilité et le stockage de l'ensemble des informations.</p>	<p>Annexe 3 : Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégué.</p>
<p>10. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques. <i>Prioriser une organisation en équipe</i></p>	<p>Événements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative) Mesures de prévention</p> <p>Erreur d'interprétation des critères Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique Erreur d'interprétation d'un test Erreur de prescription Erreur dans la durée d'arrêt de travail ou de la dispense de sport</p> <p>Les événements indésirables sont notés par délégués et les délégués via la plateforme collaborative de la CPTS Jamespote. Ces événements sont analysés, discutés et traités en réunion pluridisciplinaire tous les 6 mois.</p>	<p>Annexe 4: Evaluation du protocole et questionnaires de satisfaction</p>

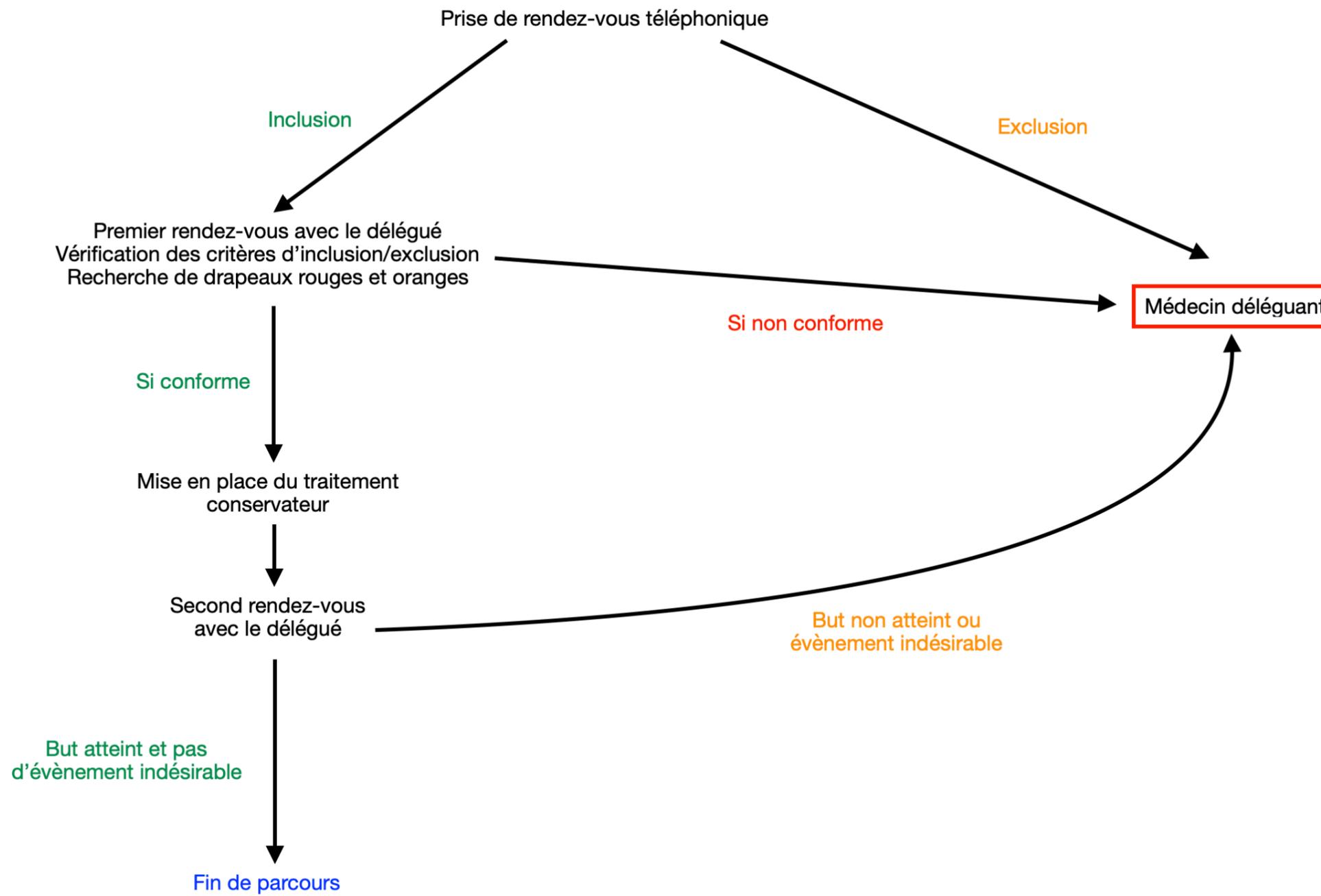
<p>11. Indicateurs de suivi. Seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont obligatoires (articles D. 4011-4-1 et D. 4011-4-2 du CSP). Le cas échéant, préciser les valeurs attendues et ajouter des indicateurs spécifiques au protocole.</p> <p><i>Nb : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.</i></p> <p><i>Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)</i></p>	<p><u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole*</u> :</p>	<p>Annexe 4 : Questionnaire pour le recueil de satisfaction déléguants / délégués/ patients.</p> <p>Annexe 5 : Critères qualitatifs de suivi.</p>
	<p><u>Taux de reprise par le déléguant*</u> :</p> <p>Nombre d'actes réalisés par le déléguant sur appel du délégué/nombre d'actes réalisés par le délégué</p>	
	<p><u>Taux d'EI déclarés*</u> :</p> <p>Nombre d'événements indésirables déclarés/nombre d'actes réalisés par le délégué</p>	
	<p><u>Nombre d'EIG déclarés*</u> (suspension ou arrêt du protocole si >0) :</p>	
	<p><u>Taux de satisfaction des professionnels de santé*</u> :</p> <p>Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire/nombre de professionnels ayant exprimé leur niveau de satisfaction au moyen d'un questionnaire dédié</p>	
	<p><u>Autres indicateurs optionnels :</u></p> <p><u>Taux d'adhésion au protocole :</u> Nombre de patients éligibles sur une année / nombre de patients pris en charge au titre du protocole</p> <p><u>Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus :</u></p> <p>L'analyse des indicateurs de suivi et de la satisfaction est faite tous les 6 mois en réunion pluridisciplinaire.</p>	

Récapitulatif des annexes obligatoires

Annexe 1	Parcours du patient, formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient
Annexe 2	Arbre décisionnel et choix thérapeutique
Annexe 3	Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin déléguant, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé
Annexe 4	Evaluation du protocole et questionnaires pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé et des patients
Annexe 5	Critères qualitatifs de suivi
Annexe 6	Objectifs du protocole et contexte
Annexe 7	Formation
Annexe 8	Organigramme d'inclusion et d'exclusion des patients

Annexe 1

Algorithme du parcours du patient



Formulaire de vérification des critères d'éligibilité du patient

enfant de moins de 18 ans	oui	non
douleur post-traumatique, y compris les plaies	oui	non
épilepsie ou électrocution	oui	non
douleur apparue suite à une chute ou à un malaise	oui	non
comorbidités à risque (risque thrombo-embolique, traitement par traitement antiagrégant ou anti-coagulants)	oui	non
accident du travail	oui	non
douleur cervicale avec irradiation	oui	non
patient NON suivi par un médecin déléguant de la CPTS	oui	non
Le patient s'oppose à la prise en charge au sein du protocole	oui	non

Si un des items est "oui" alors le patient ne peut répondre au protocole.

Fiche d'information et de recueil du consentement du patient

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'équipe constituée autour de votre médecin, il vous est proposé d'être pris en charge par un Masseur-Kinésithérapeute spécifiquement formé dans le cadre d'un protocole de coopération «Prise en charge Masso-Kinésithérapique en accès direct des douleurs d'épaules non traumatiques». Cette prise en charge a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé.

Ce protocole de coopération a été spécifiquement inscrit au projet de santé de la CPTS et il a été déclaré auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Son détail peut vous être remis sur simple demande.

Dans le cadre de cette prise en charge le masseur-kinésithérapeute pourra réaliser en lien avec le médecin les actes et activités suivants :

- diagnostique d'épaule
- prescription de radiographies ou échographies
- prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et ou d'antalgiques de classe 1
- prescription de séances de masso-kinésithérapie
- délivrance d'arrêt de travail et ou de dispense de sport si nécessaire

Il contactera le médecin chaque fois que nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En signant ce document ou en en approuvant ses termes vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Ce consentement sera consigné dans votre dossier médical. Il vous sera bien entendu possible de revenir à tout moment sur ce consentement. Si vous refusez, cela ne modifiera pas vos relations avec votre médecin.

Accord du patient : oui non (rayer la mention inutile)

Signature du patient ou de son représentant légal :

- Nom de la personne qui a informé le patient et recueilli son consentement :
- Qualité :
- Signature :

Pour tout complément d'information, coordonnées du médecin :

Vérification des critères d'inclusion par le délégué

Eligibilité au protocole

Non éligibilité au protocole

Information au patient

oui non

Recueil de son consentement

oui non

En cas de situation urgente sans possibilité d'intervention immédiate du délégant : appel centre 15

Annexe 2

Arbres décisionnels et choix thérapeutiques

Gestion des drapeaux rouges

Si un drapeau rouge est détecté, le médecin traitant sera immédiatement informé et le patient redirigé vers celui-ci.

Situations d'urgences avec appel immédiat au médecin déléguant, une évaluation conjointe avec une décision médicale et une éventuelle prise en charge par les services d'accueil

d'urgences si nécessaire:

- Présence d'une douleur spontanée d'apparition brutale
- État fébrile, des frissons
- Rougeur ou une cyanose locale

Situation complexe nécessitant un appel au près du médecin déléguant pour évaluation conjointe:

- fatigue inexplicable associée à une perte pondérale
- Symptômes thoraciques, pulmonaires ou digestifs
- Néoplasie connue
- Douleur irradiante à la mobilisation cervicale
- Signe de Spurling positif
- Douleur inflammatoire bilatérale
- Déficit neurologique nouveau
- Limitations d'amplitudes actives et passives

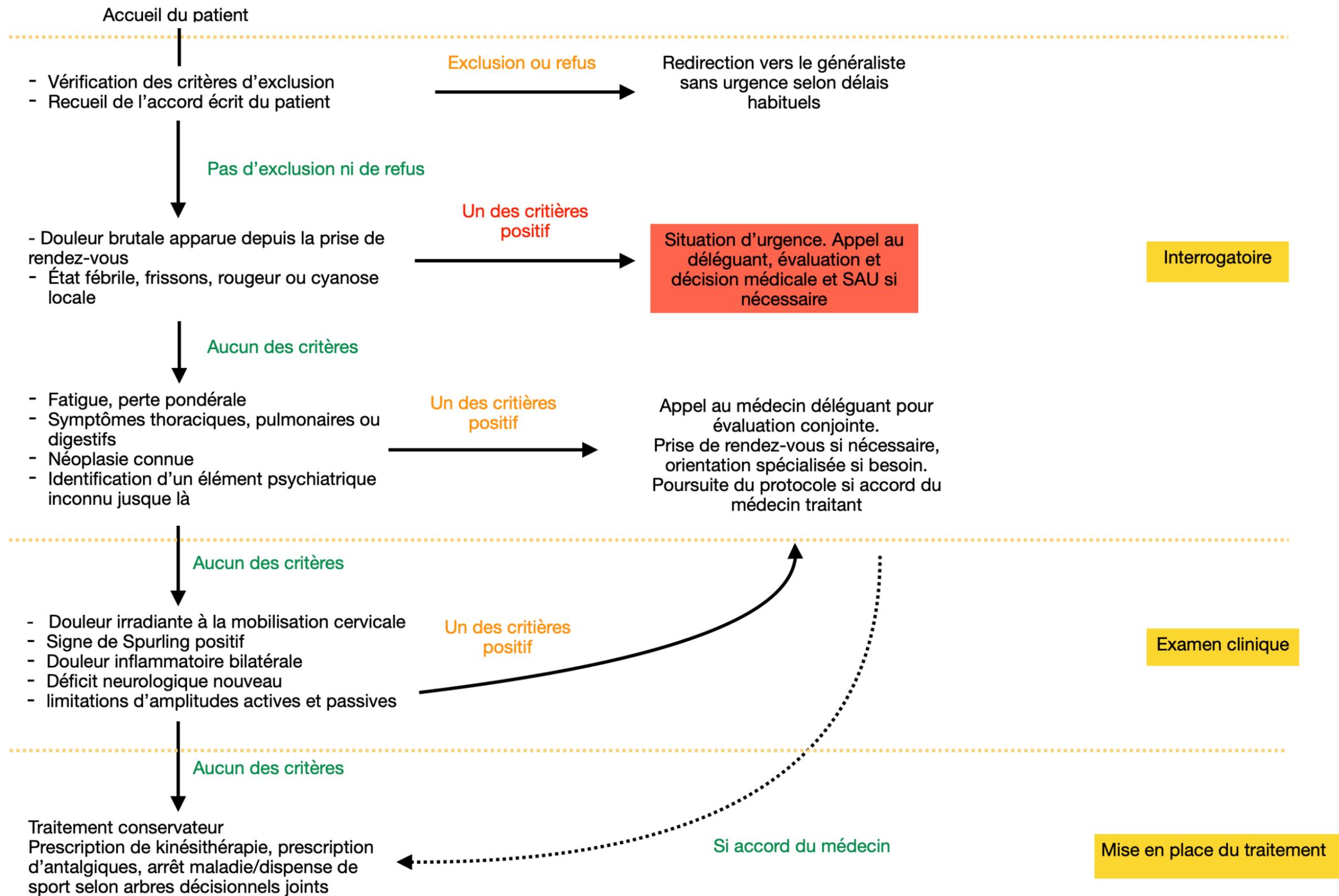
Gestion des drapeaux oranges

Si un drapeau orange est détecté, le médecin traitant sera immédiatement informé et le patient redirigé vers celui-ci.

Gestion des drapeaux bleus et noirs

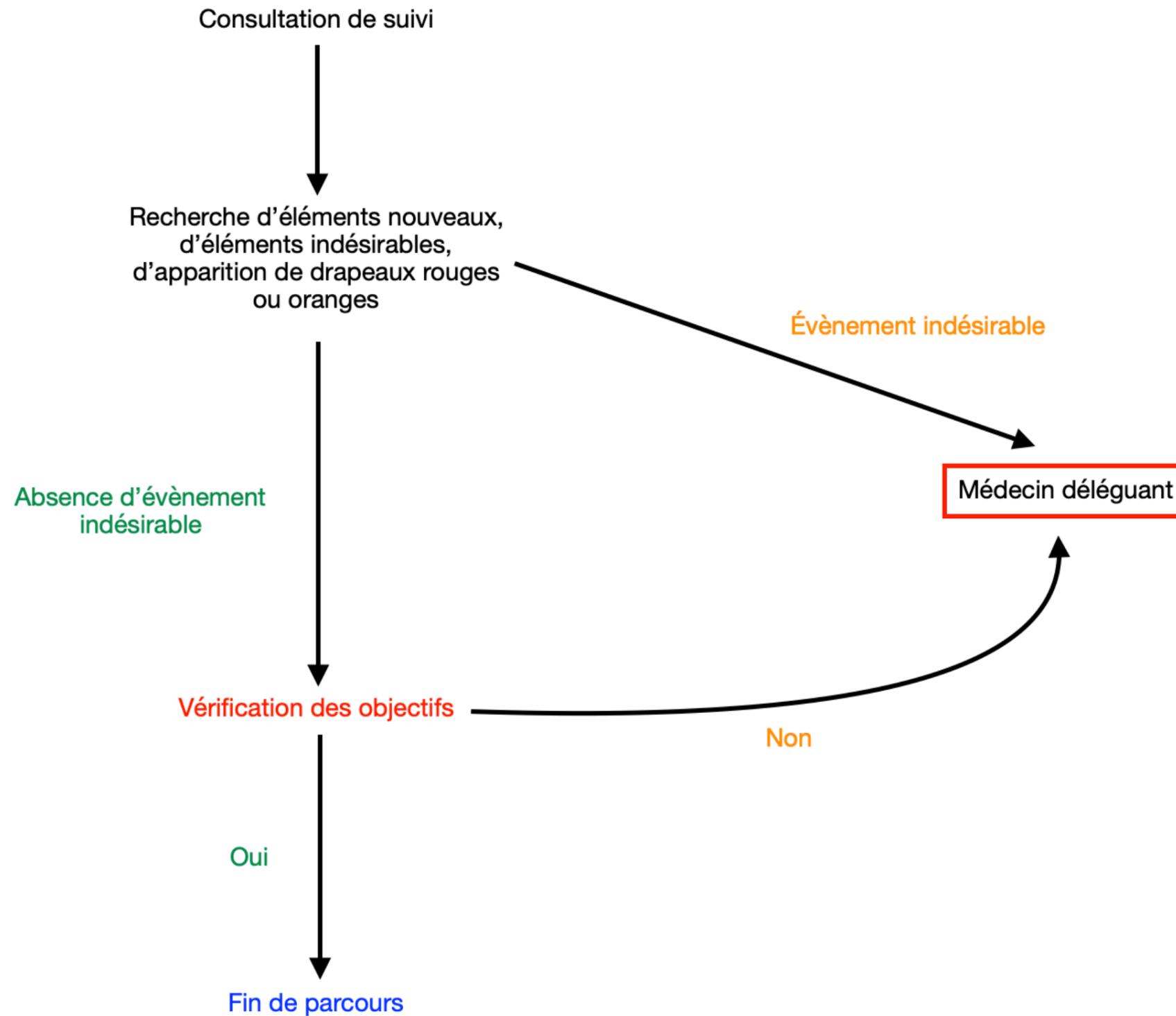
Si un drapeau bleu ou noir est détecté, le médecin traitant sera informé et un éventuel parcours de soins coordonné dédié pourra être éventuellement décidé en réunion pluridisciplinaire. Ces drapeaux permettent la continuité de la prise en charge par le masseur-kinésithérapeute.

Dérogation 1: identification des situations nécessitant une prise en charge médicale en urgence et le cas requérant une consultation médicale avant prise en charge par le délégué

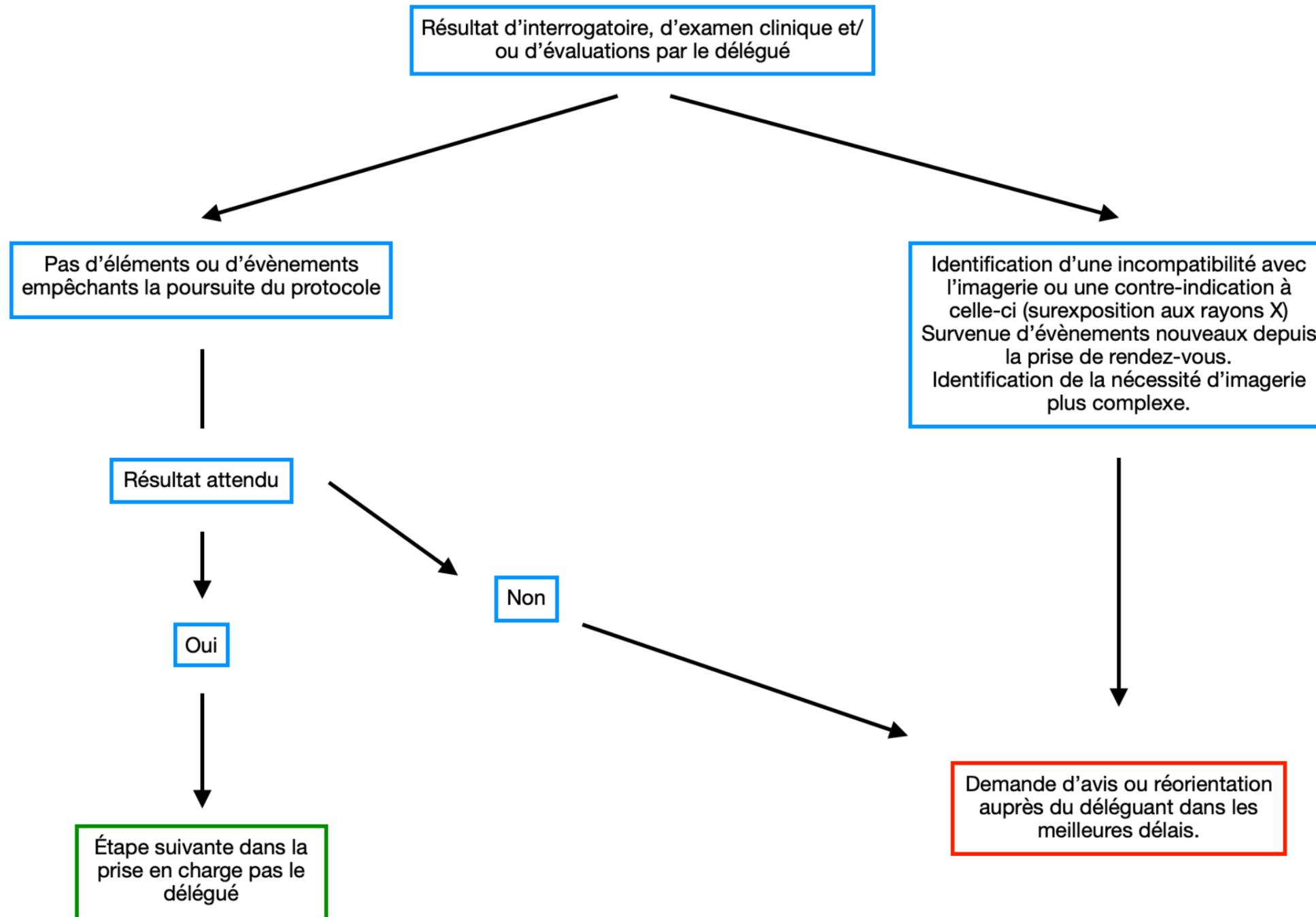


Algorithme de la consultation de suivi

Le délai entre la consultation initiale et la consultation de suivi dépend du traitement conservateur mis en place et de la demande ou non d'exemptions complémentaires.



Dérogation 2 : Prescription d'imagerie de type radiographie ou échographie



Exemple d'ordonnance préétablie

Ordonnance établie dans le cadre de l'arrêté du 6 mars 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge en première intention d'un patient consultant pour douleurs d'épaules non traumatiques par le masseur-kinésithérapeute en coopération avec le médecin ».

Identification du médecin délégant - ADELI/RPPS

Identification du délégué - ADELI/RPPS

Nom, Prénom du patient

Date du jour:

Radiographie de l'épaule D/G

Incidences: F selon les trois rotations + P de coiffe

Nom et signature du délégué.

En conformité avec l'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, les produits de santé issus de cette ordonnance sont remboursables aux assurés sociaux.

Ordonnance établie dans le cadre de l'arrêté du 6 mars 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge en première intention d'un patient consultant pour douleurs d'épaules non traumatiques par le masseur-kinésithérapeute en coopération avec le médecin ».

Identification du médecin déléguant - ADELI/RPPS

Identification du délégué - ADELI/RPPS

Nom, Prénom du patient

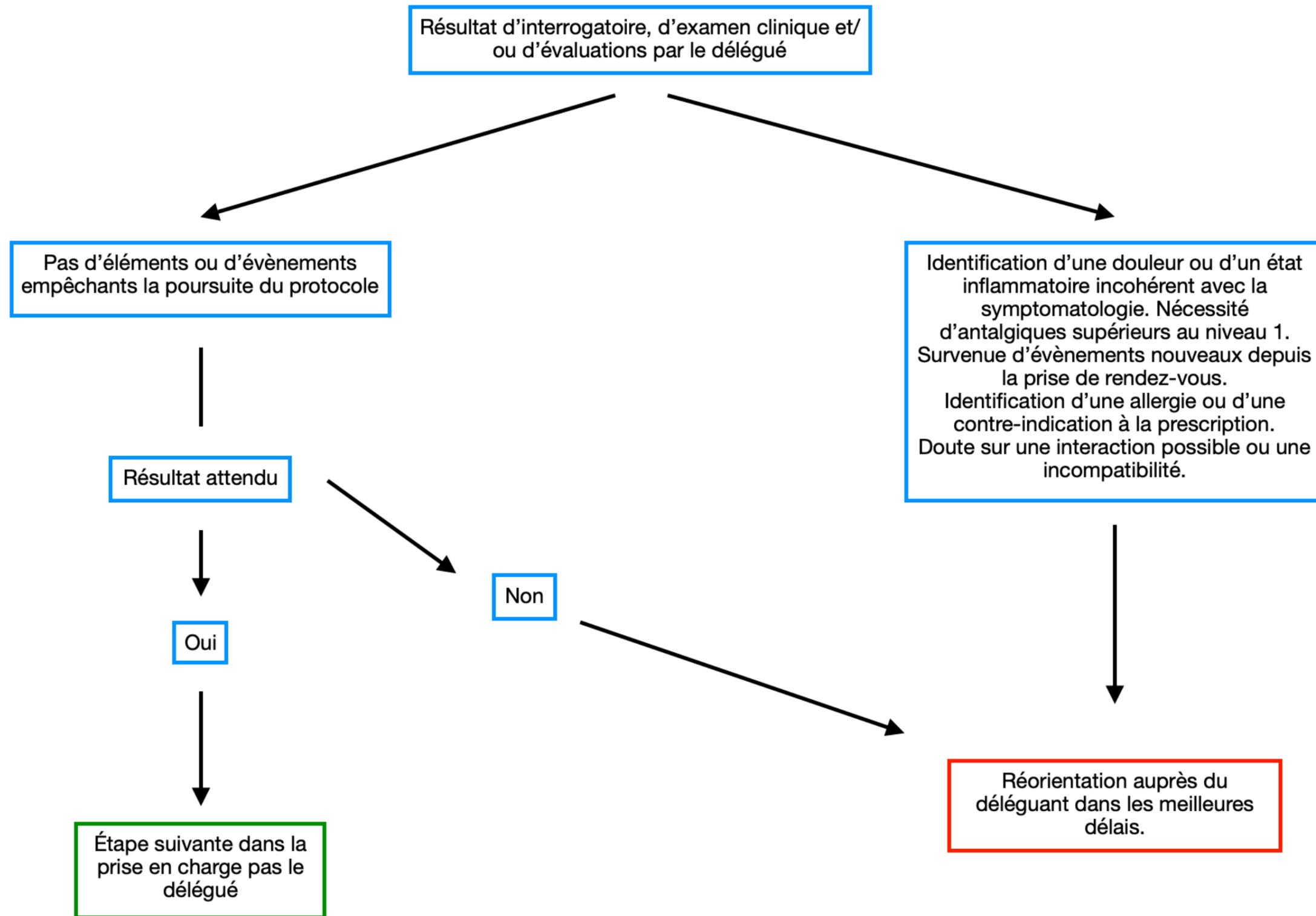
Date du jour:

Echographie de l'épaule D/G

Nom et signature du délégué.

En conformité avec l'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, les produits de santé issus de cette ordonnance sont remboursables aux assurés sociaux.

Dérogation 3 : Prescription d'AINS et/ou d'antalgiques de niveau 1



Exemple d'ordonnance préétablie

Ordonnance établie dans le cadre de l'arrêté du 6 mars 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge en première intention d'un patient consultant pour douleurs d'épaules non traumatiques par le masseur-kinésithérapeute en coopération avec le médecin ».

Identification du médecin déléguant - ADELI/RPPS

Identification du délégué - ADELI/RPPS

Nom, Prénom du patient

Date du jour:

- 1) PARACETAMOL
15mg/prise/kg toutes les 6h, pendant 7 jours

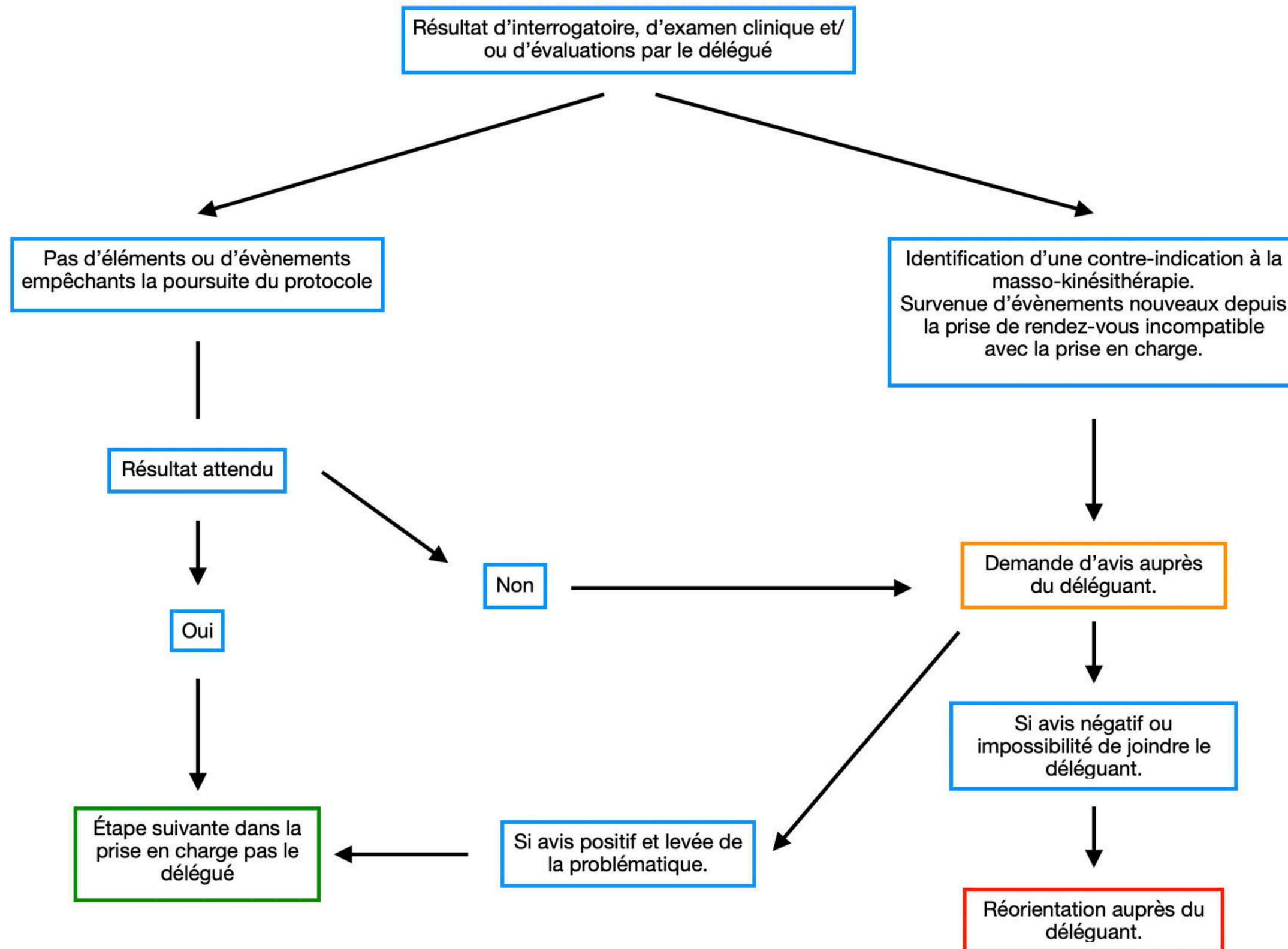
- 2) DICLOFENAC 1% gel
1 application locale 3 fois par jour, 7 jours

- 3) POCHE DE FROID
30 min d'application, 3 fois par jour
Intercaler un linge entre la peau et la glace

Nom et signature du délégué.

En conformité avec l'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, les produits de santé issus de cette ordonnance sont remboursables aux assurés sociaux.

Dérogation 4 : Prescription de masso-kinésithérapie



Exemple d'ordonnance préétablie

Ordonnance établie dans le cadre de l'arrêté du 6 mars 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge en première intention d'un patient consultant pour douleurs d'épaules non traumatiques par le masseur-kinésithérapeute en coopération avec le médecin ».

Identification du médecin déléguant - RPPS

Identification du délégué - RPPS - ADELI

Nom, Prénom du patient

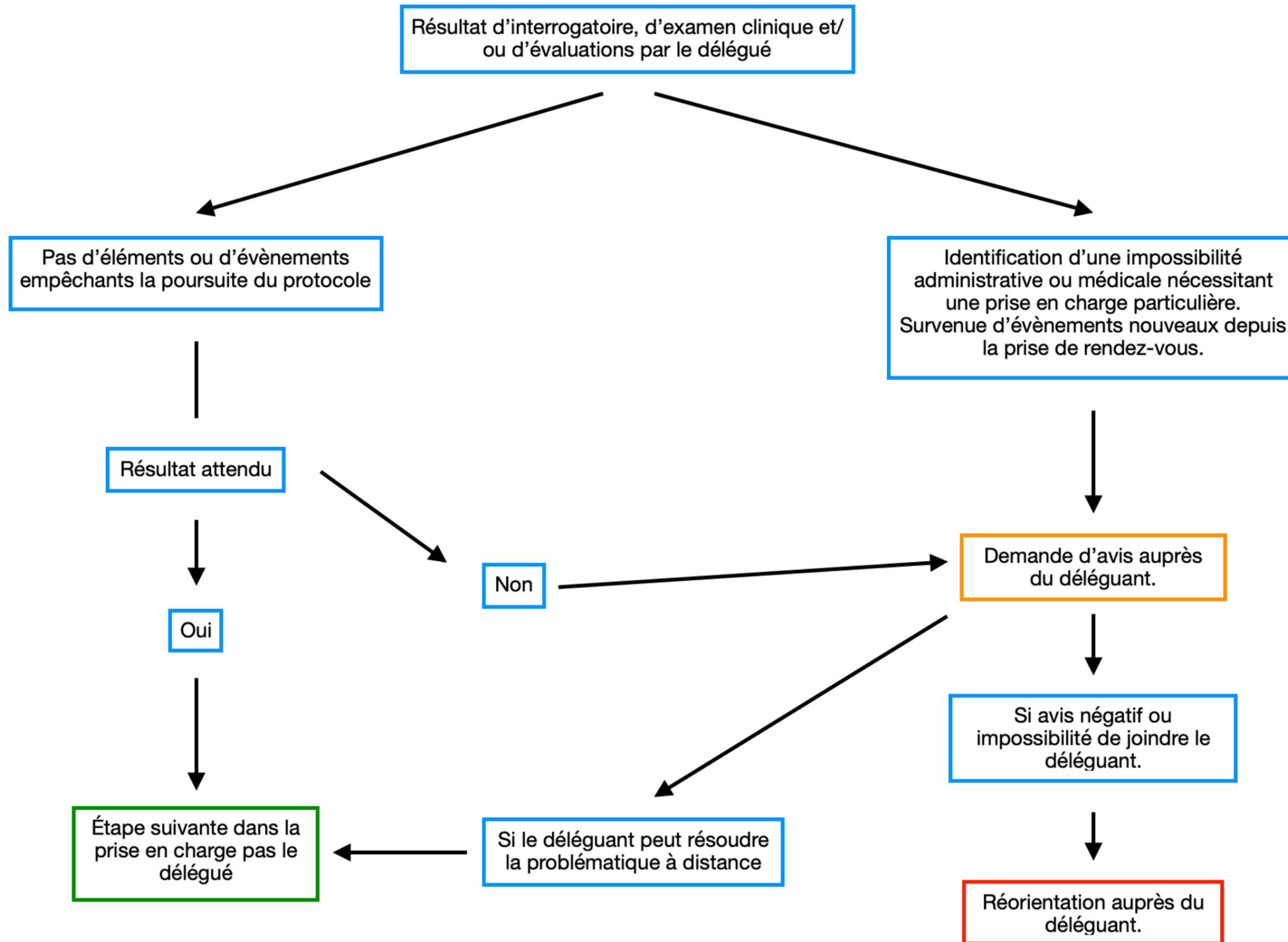
Date du jour:

Prescription de masso-kinésithérapie, quantité et fréquence à établir en fonction du bilan masso-kinésithérapique.

Nom et signature du délégué.

En conformité avec l'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, les produits de santé issus de cette ordonnance sont remboursables aux assurés sociaux.

Dérogation 5 : Prescription d'arrêt de travail et/ou de dispense de sport



Référentiel pour la prescription d'arrêt de travail

Type d'emploi		Durée de référence *	
		Traitement fonctionnel	
Travail sédentaire		5 jours	
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	8 jours	
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg ou Charge répétée < 10 kg	15 jours	
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	21 jours	

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

Exemple d'arrêt de travail

Ordonnance établie dans le cadre de l'arrêté du 6 mars 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge en première intention d'un patient consultant pour douleurs d'épaules non traumatiques par le masseur-kinésithérapeute en coopération avec le médecin ».

Identification du médecin déléguant - ADELI/RPPS

Identification du délégué - ADELI/RPPS

Nom, Prénom du patient

Date du jour:

Arrêt de travail pour une durée de ... jours.

Nom et signature du délégué.

En conformité avec l'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, les produits de santé issus de cette ordonnance sont remboursables aux assurés sociaux.

Exemple de dispense de sport

Ordonnance établie dans le cadre de l'arrêté du 6 mars 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge en première intention d'un patient consultant pour douleurs d'épaules non traumatiques par le masseur-kinésithérapeute en coopération avec le médecin ».

Identification du médecin déléguant - ADELI/RPPS

Identification du délégué - ADELI/RPPS

Nom, Prénom du patient

Date du jour:

Dispense de pratique sportive pour une durée de ... jours.

Nom et signature du délégué.

En conformité avec l'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, les produits de santé issus de cette ordonnance sont remboursables aux assurés sociaux.

Choix thérapeutiques

Le délégué reçoit le patient et il effectue:

- interrogatoire
- inspection/palpation, recherche d'instabilités, signes de ruptures, douleur à la palpation
- test des amplitudes passives en position couchée
- test des amplitudes actives en position assise
- testing de la coiffe des rotateurs

Les amplitudes passives seront testées préférentiellement en position couchée. Les amplitudes actives seront testées préférentiellement en position assise.

Inspection/palpation;

Une amyotrophie des fosses sus ou sous épineuses laissera supposer une rupture potentielle du supra ou de l'infra épineux.

La mise en évidence d'une déformation en boule du muscle biceps atteste d'une rupture du chef long du biceps.

Amplitudes actives:

Le testing des muscles de la coiffe des rotateurs sera effectué. Un test de Jobe positif laissera supposé une atteinte du supra-épineux.

Un test de rotation externe coude au corps laissera supposé une atteinte de l'infra-épineux.

Un test positif de rotation externe à 90° d'abduction laissera supposé une atteinte de l'infra-épineux associé au teres minor.

Le test du Belly press positif laissera supposé une atteinte du sub-scapulaire.

Amplitudes passives:

Elles permettent de mettre en évidence une éventuelle rétraction capsulaire.

Prescription de masso-kinésithérapie:

Le masseur-kinésithérapeute étant autonome quant aux choix des techniques et méthodes employées, aucune spécificité sur la prescription n'est nécessaire.

Prescription de radiographies/échographie:

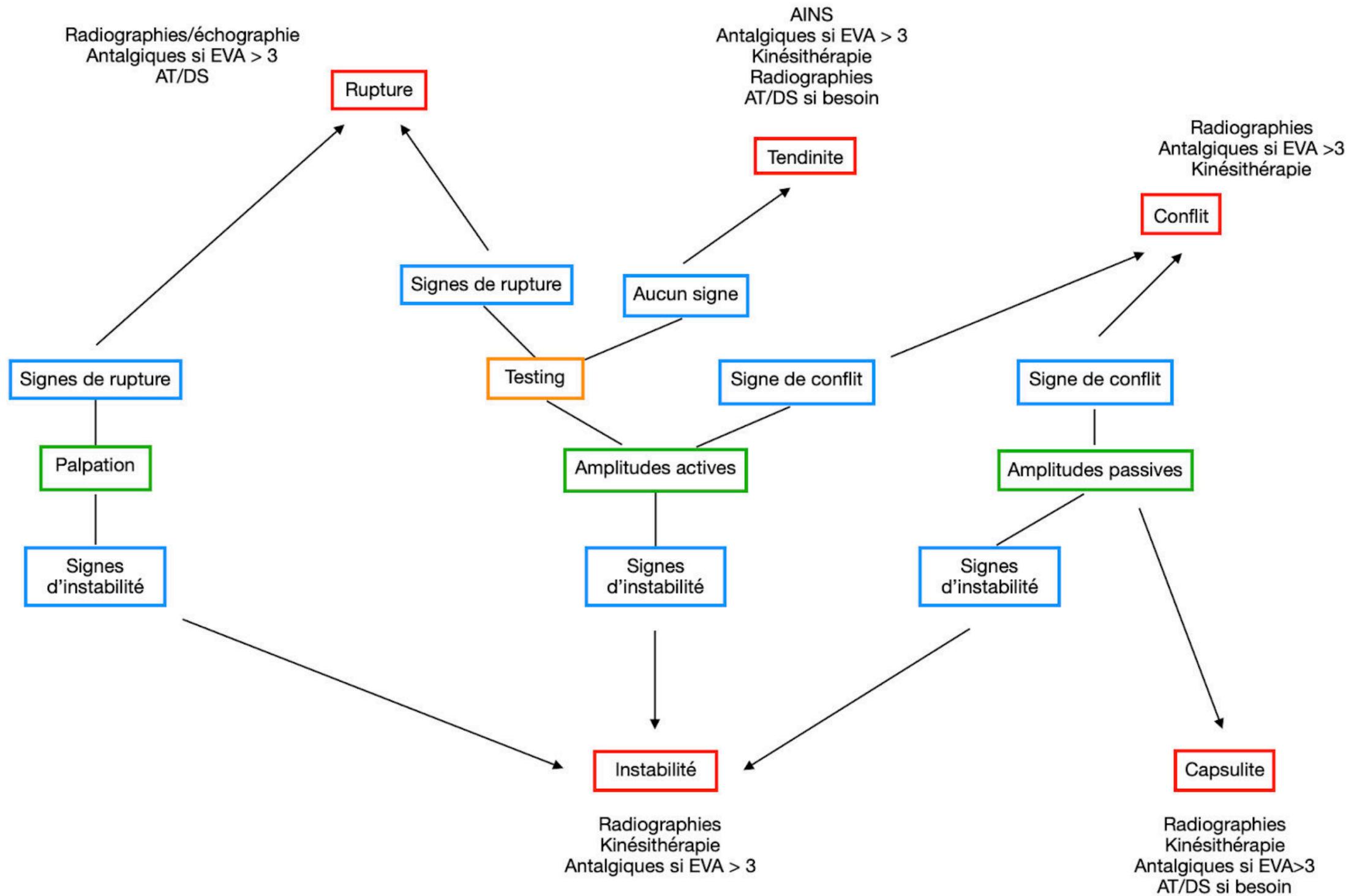
Systématique sauf dans le cas d'une impotence fonctionnelle mineure et une EVA < 3 sans signes de rupture, d'instabilité, de conflit ou de rétraction capsulaire.

L'incidences de face dans les 3 rotations et le profil de coiffe sera demandée.

L'incidence positionnelle de Railhac si suspicion de rupture étendue de la coiffe

L'échographie peut être réalisée en première intention en cas de doute sur l'existence d'une rupture tendineuse transfixiante.

Résumé des actions thérapeutiques possibles après application des différents drapeaux et redirections vers le déléguant.



Annexe 3

Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégant

Consultation initiale

Identification du patient:

Date de prise en charge:

Motif, type de protocole:

Examen clinique:

Diagnostic établi:

Conduite du traitement :

Notes, Remarques:

Consultation de suivi

Date de prise en charge:

Conduite du traitement:

Notes, remarques:

Annexe 4

Evaluation du protocole et questionnaires de satisfaction

Evaluation du protocole de prise en charge

Il est proposé de faire un point au sein de la CPTS tous les 6 mois en réunion pluridisciplinaire afin de quantifier et et analyser:

- l'ensemble des prises en charges
- les effets indésirables liés à l'utilisation du protocole
- la satisfaction des professionnels et des patients

Enquête de satisfaction délégant: prise en charge d'une épaule douloureuse non traumatique par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une CPTS.

À la lecture des comptes rendus de prise en charge dans le cadre de ce protocole:

- la démarche vous a-t-elle parue sécurisée pour le patient
- avez-vous obtenu toutes les informations dont vous aviez besoin pour évaluer les prises en charge ?
- avez vous eu l'impression d'avoir moins de prises en charges d'épaules douloureuses non traumatiques et donc d'avoir eu plus de temps médical pour les autres pathologies ?

Enquête de satisfaction du délégué: prise en charge d'une épaule douloureuse non traumatique par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une CPTS.

Lors des prises en charge dans le cadre de ce protocole:

- vous êtes vous senti confiant dans vos prises en charge ?
- avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin ?
- si vous avez eu des problèmes particuliers dans ces prises en charge, avez vous pu obtenir les solutions à ces problèmes ?
- à quelle fréquence avez-vous sollicité les médecins délégants ? (très fréquente, fréquente, rare, très rare)
- avez vous des remarques ?

Enquête de satisfaction patient: prise en charge d'une épaule douloureuse non traumatique par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une CPTS.

Ce questionnaire sera anonyme et remis dans la boîte aux lettres du médecin traitant ou du masseur-kinésithérapeute délégué ou du masseur-kinésithérapeute du patient.

- Vous avez bénéficié d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute, êtes vous satisfait de cette prise en charge par le masseur-kinésithérapeute ?

- Le masseur-kinésithérapeute a-t-il répondu à vos attentes ? Pourquoi ?

- Avez vous pu obtenir un rendez-vous facilement

- Seriez vous prêts à recommander le parcours de soins coordonnés au sein de la CPTS ?

Annexe 5

Critères qualitatifs de suivi

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Commentaires
Activité	Taux d'inclusion des patients éligibles dans la période d'étude au protocole de coopération	Tendre vers 100%	Nombre de patients éligibles inclus dans le protocole	Nombre de patients éligibles au protocole		Analyser les causes de refus pour réduire au possible les non inclusions pour refus
	Taux de consultations déléguées ou Taux de patients pris en charge par les délégués		Nombre de consultations réalisées par les délégués	Nombre de consultations totales		Objectif à définir Utiliser le plus pertinent, niveau consultations ou niveau patients
Qualité de la prise en charge	Taux de reprises du suivi par le délégant (hors présence d'un critère d'exclusion initial)	Tendre vers 0%	Nombre de patients sortis secondairement du protocole	Nombre de patients inclus au protocole		La sortie consiste en une reprise du suivi par le délégant suite à la présence d'un critère d'intervention du délégant au cours de la prise en charge (excepté la présence initiale d'un critère d'exclusion)
	Taux d'événements indésirables	Tendre vers 0%	Nombre d'événements indésirables survenus et signalés par le délégué	Nombre de patients inclus au protocole		Distinguer selon la gravité et selon le type d'événements indésirables (par exemple, événement lié à la qualité de la prise en charge vs événement liés au patients vs autres à identifier)

	Taux de réunions d'analyse des pratiques	Tendre vers 100%	Nombre de réunions d'analyse des pratiques effectuées par an	Nombre de réunions d'analyse des pratiques prévues par an		Minimum 1 par trimestre soit 4 par an
Suivi	Taux d'imagerie prescrites		Nombre d'imageries prescrites	Nombre de patients inclus au protocole		Cela suppose que l'imagerie est prescrite chez les patients qui le nécessitent
	Taux de prescription d'AINS/ATG		Nombre de prescriptions médicamenteuses	Nombre de patients inclus au protocole		Cela suppose que l'ordonnance est prescrite chez les patients qui le nécessitent
	Taux de prescription de masso-kinésithérapie	tendre vers 100%	Nombre de patients ayant eu une prescription de masso-kinésithérapie	Nombre de patients inclus au protocole		Cela suppose que les séances sont prescrites chez les patients qui le nécessitent
	Taux d'arrêts de travail délégués		Nombre de patients ayant eu un arrêt de travail signé par le délégué	Nombre de patients inclus au protocole		Cela suppose que l'arrêt de travail est remis aux patient qui le nécessitent
	Durée moyenne des arrêts de travail prescrits					À comparer aux durées moyennes obtenues par les élégants dans la même population. Durée minimale et maximale à comparer aussi
	Délai à la prise en charge déléguée					Indicateur de résultat (accès aux soins) Sa réduction fait partie des objectifs du protocole Fixer un délai attendu et comparer le taux de patients ayant un RDV en respectant ce délai

Satisfaction	Taux de satisfaction des patients inclus au protocole	Tendre vers 100%	Nombre de patients inclus ayant répondu « oui » à la question « êtes vous satisfaits par cette prise en charge par le masseur-kinésithérapeute ? »	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu au questionnaire de satisfaction		Les motifs de non satisfaction sont à identifier et à analyser
	Taux de satisfaction des délégué(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégué(e)s ayant répondu « oui » à la question « êtes vous satisfait(e) du protocole ? »	Nombre de délégué(e)s ayant répondu au questionnaire de satisfaction		Les motifs de non satisfaction sont à identifier et à analyser
	Taux de satisfaction des délégant(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégant(e)s ayant répondu « oui » à la question « êtes vous satisfait(e) du protocole ? »	Nombre de délégant(e)s ayant répondu au questionnaire de satisfaction		Les motifs de non satisfaction sont à identifier et à analyser

Contexte, objectifs du protocole

Analyse de la pratique actuelle

Données épidémiologiques

La note de cadrage de l'Haute autorité de santé (HAS) de 2019 précise que "aucune donnée épidémiologique en population générale française n'a été identifiée concernant la prévalence et l'incidence du syndrome de la coiffe des rotateurs. La prévalence a été étudiée en milieu professionnel, notamment par l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui a mis en place, en 2002, un réseau pilote de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans la région des Pays de la Loire pour une période de trois ans. Quatre-vingts médecins du travail volontaires ont participé à cette surveillance, représentant 18 % des médecins du travail de la région considérée. Deux mille six cent quatre-vingt-cinq salariés (1 566 hommes, 1 119 femmes) ont été inclus par tirage au sort en 2002 et 2003. Les six principaux diagnostics des troubles musculo-squelettiques, dont les tendinites de l'épaule, étaient diagnostiqués par un examen clinique standardisé, conforme à la démarche diagnostique du consensus de Saltsa. La prévalence de la tendinite de l'épaule était de 9 % (IC à 95 % : 7,3 – 10,7) chez les femmes, et de 6,8 % (IC à 95 % : 5,5 - 8,1) chez les hommes (BEH 44-45/2005). Cette étude s'est poursuivie jusqu'en 2004. Trois mille sept cent dix salariés âgés de 20 à 59 ans ont été inclus dans la phase transversale du réseau de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques des Pays de la Loire. En 2006, un suivi longitudinal au sein d'une cohorte baptisée COSALI a été mis en place. Au sein de cette cohorte, le suivi des sujets inclus ayant un syndrome de la coiffe des rotateurs a été individualisé pour en étudier le devenir. Les données ont été recueillies entre 2007 et 2009, à l'aide d'un auto-questionnaire postal et d'un examen clinique standardisé, réalisé par le médecin du travail dans le cadre de la visite périodique du salarié. Deux cent sept (76 %) questionnaires ont été retournés parmi les 274 envoyés aux salariés ayant un syndrome de la coiffe des rotateurs. En 2007, 81 % (167) des salariés exerçaient toujours une activité professionnelle. 10 % d'entre eux avaient eu un arrêt de travail, en rapport avec le syndrome de la coiffe des rotateurs, au cours des douze derniers mois. La durée moyenne de cet arrêt de travail était de 34 ± 25 jours. Dix-neuf pour cent (39) n'étaient plus en activité professionnelle en 2007.

Bien qu'aucune étude épidémiologique ne soit disponible en France en population générale, dans une population de travailleurs, la prévalence de la tendinite de l'épaule était de 9 % (IC à 95 % : 7,3 – 10,7) chez les femmes, et de 6,8 % (IC à 95 % : 5,5 - 8,1) chez les hommes. Cette tendinopathie de l'épaule était à l'origine d'arrêt de travail et d'arrêt de l'activité professionnel."

Les patients souffrant d'une épaule sans notion traumatique ont deux comportements principaux.

Leur première idée est l'absence de traitement, souvent persuadés d'être porteurs d'une "tendinite" ou d'une "petite déchirure", l'attente de quelques jours voir semaines et la mise au repos relatif est de mise.

Le second comportement est une consultation chez leur généraliste. Cette consultation peut intervenir soit à l'apparition de la douleur, soit après le délai d'attente que le patient s'est lui-même imposé.

Lors de cette consultation et selon les recommandations de la HAS de 2005, l'examen clinique s'articule autour de 4 temps.

Interrogatoire, inspection/palpation, examen des amplitudes passives et actives, et testing de la coiffe.

À l'inspection, une amyotrophie des fosses sus et/ou sous-épineuses laisse envisager une rupture des tendons supra et/ou infra-épineux.

L'étude des amplitudes passives, permet d'étudier la liberté de l'articulation gléno-humérale et de l'absence de rétraction capsulaire.

L'association d'une mobilité passive complète et d'une mobilité active déficitaire oriente vers une rupture de la coiffe des rotateurs.

La mise en évidence d'une perte de force lors de la manœuvre de Jobe met en évidence une possible rupture du supra-épineux.

Une perte de force en rotation externe coude au corps atteste quant à elle d'une possible rupture de l'infra-épineux.

La mise en évidence d'une perte de force en rotation externe à 90° d'abduction présage une rupture de l'infra-épineux et du teres minor.

Une perte de force en rotation interne main sur l'abdomen (*Belly press test*) laisse suspecter une rupture du sub-scapulaire.

Une déformation en boule du muscle biceps met en évidence une possible rupture du chef long du biceps.

Examens complémentaires.

La radiographie est le standard pour la prise en charge d'une épaule douloureuse car elle permet de visualiser les calcifications ab-articulaires.

Par ailleurs un espace sous-acromial de moins de 7 mm est le témoin d'une rupture dégénérative étendue.

Les incidences recommandées sont de face dans les 3 rotations et le profil de coiffe. L'incidence positionnelle de Railhac comparative semble être supérieure pour une rupture étendue de la coiffe.

L'échographie ne semble pas performante comparativement à la radiographie standard. Elle peut cependant être de première intention en complément de l'examen clinique

L'imagerie de seconde intention peut être demandée par le praticien en cas d'échec du traitement de première intention ou plus rapidement chez un sujet de moins de 50 ans ou devant une suspicion de lésion traumatique quel que soit l'âge. Elle conditionne la prise en charge ultérieure.

Pour une évaluation préchirurgicale des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs, l'IRM, l'arthro-scanner et l'arthro-IRM ont les performances requises pour une étude lésionnelle incluant l'étude de la trophicité musculaire.

Traitements

- tendinopathie non rompue

Antalgiques, AINS et infiltrations sous-acromiales de dérivés cortisoniques ont un intérêt.

Kinésithérapie est axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que le travail actif.

L'acromioplastie n'est étudiée qu'en dernier recours chez l'adulte d'âge mûr. Elle n'est pas indiquée dans le traitement des tendinopathies du jeune sportif .

- tendinopathie calcifiante

Antalgiques, AINS et infiltrations sous-acromiales constituent le traitement de première intention.

En masso-kinésithérapie, physiothérapie par ultrasons.

À Noter que dans le formes récalcitrantes, la ponction-lavage-aspiration peut être proposée

L'arthroscopie semble être le traitement de dernière intention.

- tendinopathies avec ruptures

La rupture musculaire ne semble pas être un facteur modifiant le traitement classique d'une tendinopathie non rompue.

Si absence d'amélioration après 6 mois de traitement, l'indication chirurgicale doit être discutée.

Description de la CPTS

La CPTS concerne un territoire de 36 communes représentant 27642 assurés sociaux et 27949 personnes physiques. 10 Médecins généralistes sont présents sur le territoire.

9 d'entre eux sont adhérents à la CPTS.

7 d'entre eux ont signé les protocoles de prise en charge par le masseur-kinésithérapeute en première intention concernant l'entorse latérale de cheville et la lombalgie.

7 masseurs-kinésithérapeutes sont actuellement adhérents de la CPTS.

Définition des objectifs

Objectif principal

Dans le but de répondre à la mission socle de la CPTS, et donc de faciliter l'accès au médecin traitant, il est proposé de dégager du temps médical au généraliste en prenant en charge les patients souffrants d'épaules douloureuses non traumatiques en accès direct auprès des masseurs-kinésithérapeutes de la CPTS.

La CPTS couvrant un bassin de vie de 27 000 habitants pour 10 généralistes, soit une densité de 1 pour 2700 soit 37,03 pour 100 000 soit plus de 4 fois moins que la moyenne nationale (150 pour 100 000). La libération de temps médical est indispensable au sein de la CPTS pour maintenir la qualité de prise en charge des patients complexes ainsi que de garantir l'accès au médecin traitant pour les soins programmés et non programmés.

Objectifs secondaires

Améliorer le parcours de soins du patient en informant ceux-ci sur les fausses croyances que sont "la tendinite" et "la petite déchirure" en favorisant une prise en charge précoce et donc les complications possibles liées à l'attente de prise en charge.

Assurer la totale coordination entre les masseur-kinésithérapeutes et le médecin généraliste. Prévoir un échange systématique du bilan masso-kinésithérapique auprès du médecin généraliste par voie électronique sécurisée (si la CPTS en possède ou via les messageries de santé) ainsi que du plan de soins.

Déroulement

Le masseur-kinésithérapeute reçoit le patient en première intention et en autonomie. Suite à l'arbre décisionnel et en dehors d'une redirection vers le médecin traitant, il prescrira la prise en charge en masso-kinésithérapie si nécessaire ainsi que les examens complémentaires d'imagerie jugé opportuns. Il pourra aussi en fonction, prescrire les AINS et ATG, nécessaires ainsi que l'arrêt de travail si besoin.

Ces prescriptions feront l'objet d'une formation telle que définie en fin de document..

Les professionnels concernés seront donc le masseur-kinésithérapeute, le médecin généraliste et le radiologue si nécessité d'imagerie de première intention.

Consultation de suivi

À la suite de la première consultation sera organisée une consultation de suivi dans un délai de 15 jours en suivant.

Cette consultation aura aussi pour objectif de proposer le questionnaire de satisfaction au patient.

Moyens de coordination

Tous les moyens de coordination disponibles au sein de la CPTS seront employés. Téléphone, messageries sécurisées...

Par ailleurs, en amont de la prise en charge, la CPTS possède un numéro de téléphone unique permettant de dispatcher directement les patients.

Ce numéro de téléphone unique sera donc utilisé pour orienter au mieux le patient dans sa prise en charge.

La CPTS dispose d'une plateforme collaborative sécurisée « Jamespot » permettant de noter, archiver et tracer toutes les actions, ainsi que de dialoguer directement entre professionnels.

Annexe 7

Formation

La formation durera 10h et sera délivrée par l'ensemble des médecins délégants (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

Séquences d'apprentissage

1° Diagnostic de l'épaule douloureuse non traumatique.

Compétences à acquérir:

Capacité à diagnostiquer l'épaule douloureuse non traumatique, repérer les drapeaux rouges.

Objectifs pédagogiques:

À la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables d'identifier les drapeaux rouges justifiant la réorientation du patient.

À la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes auront intégrés les critères diagnostiques d'une épaule douloureuse non traumatique selon les recommandations de l'HAS.

Programme:

Présentation des recommandations de l'HAS.

Présentation des drapeaux rouges dans le cadre d'une prise en charge d'une épaule douloureuse non traumatique, explication de leur signification, des diagnostics qu'ils évoquent et de la gravité de ceux-ci.

Présentation des moyens de coordination et de leur utilisation pour permettre la meilleure coordination du parcours du patient au sein de la CPTS.

Cas pratiques

2° Prise en charge thérapeutique, éducation, recherche de drapeaux jaunes, bleus et noirs et prescription de séances de masso-kinésithérapie.

Compétence à acquérir:

Capacité à informer et éduquer le patient au sujet de son épaule douloureuse non traumatique.

Capacité à identifier les drapeaux jaunes, bleus et noirs et les intégrer dans le dossier du patient.

Objectifs pédagogiques:

À la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables d'identifier les drapeaux jaunes, bleus et noirs en lien avec l'épaule douloureuse non traumatique.

À la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables d'informer et de conseiller le patient quant à la évolution et l'importance du maintien d'une activité physique cohérente avec l'épaule douloureuse non traumatique.

À la fin de la séquence les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables de prescrire si nécessaire une prise en charge masso-kinésithérapique.

Programme:

Présentation des drapeaux jaunes, bleus et noirs et des outils de recherche de ceux-ci.

Pose de l'indication d'une prescription type de masso-kinésithérapie et intégration dans le dossier médical.

Cas pratiques

3° Apprentissage à la prescription d'AINS, paracétamol, d'imagerie ainsi que d'un arrêt de travail ou d'un certificat si besoin.

Compétence à acquérir:

Capacité à identifier la molécule à prescrire et la posologie, l'imagerie si nécessaire et à définir la durée adéquate d'un arrêt de travail ou d'un certificat.

Objectifs pédagogiques:

À la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables de choisir quelle molécule prescrire en fonction des recommandations

À la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables de définir si une imagerie est nécessaire et de la prescrire

À la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables de prescrire un arrêt de travail en fonction de la douleur, du mode d'activité et des contraintes physiques liées au métier du patient

Programme

Présentation des recommandations

Présentation des molécules, leurs, effets secondaires et contre-indications

Présentation des différents types d'imagerie nécessaires

Élaboration d'une prescription type et introduction de celle-ci dans le dossier médical

Recommandations des indications et durée d'arrêt maladie

Cas pratiques

Evaluation des savoirs

Validation par les médecins après réussite de 10 cas pratiques/jeux de rôles pour lesquels les masseurs-kinésithérapeutes auront éliminés ou identifiés les critères d'exclusion, prescrit, le cas échéant la/les bonnes molécules, l'imagerie si nécessaire et effectués la bonne prise en charge en fonction du patient (éducation, suivi...).

Cette évaluation sera effectuée en fin de parcours, 3 mois après et ensuite tous les 6 mois lors du groupe d'analyse de pratiques.

Organigramme d'inclusion et d'exclusion des patients

