

MK-URGENCES

**Proposition de modèle de renforts
intégrant les masseurs-kinésithérapeutes
en vue de la situation spécifique de l'été 2022**

MAI 2022

Yvan TOURJANSKY
Président de l'URPS Kiné IDF

Olivier DAUTIGNY
*Secrétaire Général adj. URPS Kiné IDF
Membre du CMK*

Flore DUPOUX
*Chargée de mission URPS Kiné IDF
M2 Sciences-Po*

Anthony DEMONT
*Chef de projet URPS Kiné IDF
Doctorant à l'INSERM*

Olivier DAUDIER
*Stagiaire
M2 Sorbonne Université*

Introduction

• Contexte

Face aux tensions actuelles auxquelles sont confrontés les services d'urgences des établissements de santé franciliens, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Kinésithérapeutes - Ile-de-France (URPS Kiné IDF) propose d'amorcer une solution ponctuelle rapide et ciblée. Cette proposition s'inscrit dans la continuité des actions menées par les masseurs-kinésithérapeutes (MK) pendant la pandémie de SARS-CoV-2. D'après l'enquête réalisée par l'URPS Kiné IDF et publiée en mars 2022 (269 répondants-renforts), les kinésithérapeutes intervenus en tant que renfort pendant la pandémie ont très largement été mobilisés hors de leurs fonctions habituelles de masseurs-kinésithérapeutes (41% des répondants).

Cet élan de solidarité tel qu'envisagé pourrait permettre de tisser des liens de coordination plus pérennes à l'avenir entre les MK et les professionnels de santé impliqués dans les contextes de soins primaires, notamment des soins non programmés délivrés dans les services d'urgences franciliens.

Le recours à des masseurs-kinésithérapeutes en services d'urgences est déjà en place dans d'autres pays du monde (Australie, Royaume-Uni). Dans ces pays, le physiothérapeute est formé spécifiquement aux patients de ce contexte de soin et participe à la prise en soin des patients peu urgents (3/5 à 5/5 en termes de scores d'urgence, 5/5 représentant une pathologie non urgente). Ils y mobilisent un droit accru de prescription de médication et d'imagerie et permettent d'absorber l'essentiel des consultations pour troubles musculosquelettiques au sein de ces services. L'efficacité du recours de ces professionnels est soutenue par des preuves de qualité diverses (essentiellement modérées) mettant en avant l'absence d'événements indésirables, l'orientation fréquente et appropriée vers des soins conservateurs (ex : rééducation), la mise en place plus fréquemment d'une éducation du patient pour l'autogestion de ses symptômes et le recours réduit aux antalgiques de niveaux 2 et 3 au profit de médication sans ordonnance. L'ensemble des sources scientifiques à ce sujet fait état d'un temps d'attente réduit pour les patients dans ces services. D'autres sources mettent en avant la performance à minima équivalente des services incluant ces physiothérapeutes concernant les délais de récupération des patients et d'une grande satisfaction des patients pris en soins (essentiellement due aux délais d'attente réduits pour les patients).

La présence de masseurs-kinésithérapeutes au sein des services d'urgence est donc cohérente au regard des modèles déjà existants. Néanmoins, la présente proposition ne vise pas à reproduire ces modèles mais plutôt à proposer une autre organisation, simplifiée et adaptée au contexte français et spécifique aux tensions en matière de ressources humaines à l'été 2022.

• Proposition de l'URPS Kiné IDF

Nous proposons la mobilisation rapide de masseurs-kinésithérapeutes-veille (MK-V) et de masseurs-kinésithérapeutes-renforts (MK-R) permettant d'apporter une réponse aux besoins humains requis dans les services d'urgences en sous-effectifs cet été. L'objectif est d'assurer la continuité des soins et d'éviter les pertes de chances des patients ne pouvant accéder précocement aux soins les plus appropriés du fait d'un délai d'attente trop important.

Ci-dessous sont présentés nos propositions en matière de :

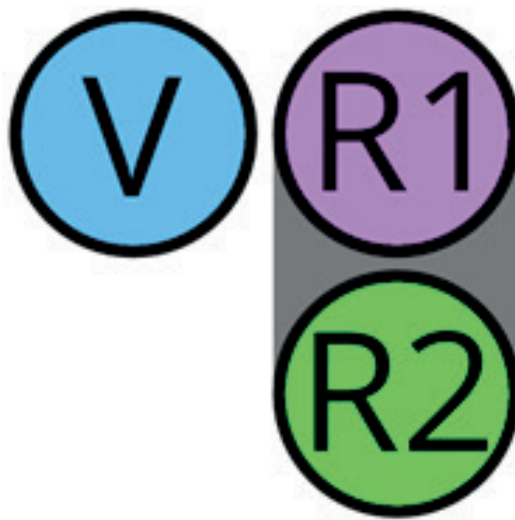
1. Positionnement des MK-V et MK-R dans les équipes de soins d'urgence
2. Conditions de déploiement des MK-V et MK-R
3. Méthodologie proposée
4. Calendrier de déploiement

Positionnement des MK-V et MK-R dans les équipes de soins d'urgence

La question du positionnement des MK-R est cruciale car elle conditionnera le besoin et la nature des ressources humaines, le profil des MK-R recrutés, l'impact potentiel sur l'organisation des services d'urgence et des patients pris en soins.

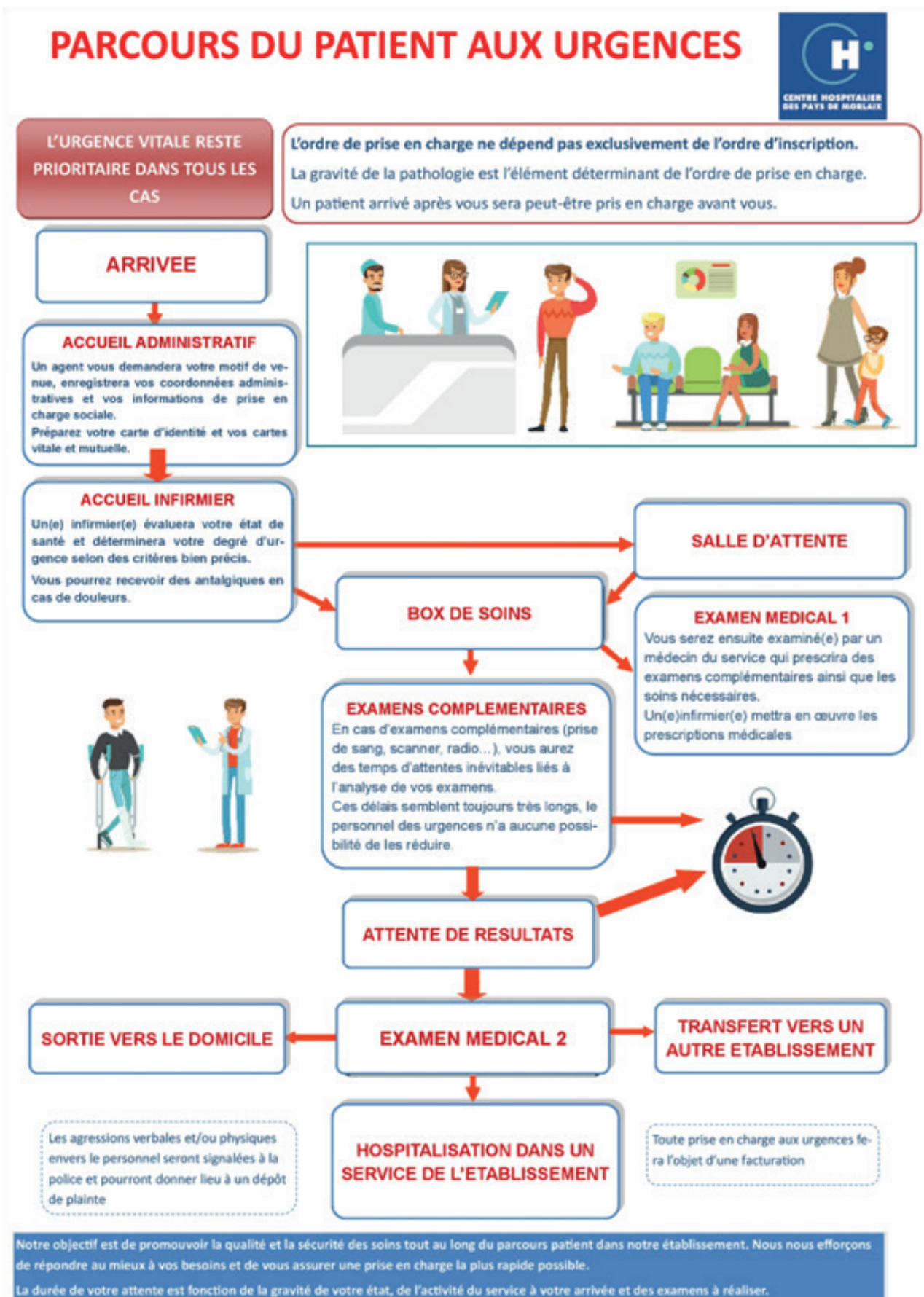
Les 3 positionnements différents pour les masseurs-kinésithérapeutes amenés à intervenir au renfort des services d'urgences sont les suivants :

- **Le MK-Renfort 1 (MK-R1)** : c'est un masseur-kinésithérapeute mobilisé dans un service d'urgence et dont le rôle est de prendre part au triage habituellement réalisé par un infirmier.
- **Le MK-Renfort 2 (MK-R2)** : c'est un masseur-kinésithérapeute mobilisé au sein du service d'urgence après le triage administratif et infirmier pour la réalisation d'un examen clinique et la prise en soin thérapeutique de certaines pathologies musculosquelettiques , respiratoires, neurologiques bien définies. Le MK-R1 et le MK-R2 peuvent être une même personne.
- **Le MK-Veille (MK-V)** : c'est un professionnel exerçant en ville dans une structure de soins coordonnée déjà en place et dont la mission sera d'absorber une partie des patients réorientés par les centres d'appel du 15, du 18, du 112/114 et de SOS médecin .



Ces 3 positionnements visent tous à optimiser les ressources en temps de soins infirmiers, et médicaux, en garantissant l'utilisation pleine et optimale des compétences spécifiques de chacun dans un contexte de disponibilité réduite.

Voici, à titre indicatif, le modèle d'organisation actuelle du service d'urgences du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix du point de vue du patient :



Nous proposons plusieurs niveaux d'actions et de positionnements possibles pour les MK impliqués dans le dispositif : les MK-V et les MK-R.

- **Concernant l'action des MK-R**

Un premier niveau d'action comprenant le triage réalisé par un infirmier par les grilles et instruments utilisés par le service d'urgence (ex : grille FRENCH) et, le cas échéant et selon l'état de tension en matière de ressources humaines, le premier contact administratif qui serait alors partiellement délégué au MK-R.

Un second niveau d'action qui, lorsque l'état des patients arrivés par leurs propres moyens ne montrent pas de signes d'urgence (classification FRENCH 5 et 4, désignant les patients pour lesquels l'attente ne constitue pas un risque de perte de chance) et témoignent d'une atteinte pour laquelle le MK-R est compétent (par exemple, une atteinte musculosquelettique type traumatologie bénigne, une atteinte respiratoire type encombrement BPCO, une atteinte neurologique type perte de sensibilité ou de motricité ou prise en soin globale gériatrique et des syndromes post-chutes). Le MK-R serait alors en mesure de réaliser le premier examen clinique et de délivrer les premiers soins et conseils adaptés à la condition pathologique du patient. Ainsi, pour certaines pathologies spécifiques, le MK-R serait en mesure de proposer :

1. Les premiers soins adaptés à la condition pathologique du patient et l'éducation et les conseils appropriés dans le périmètre des compétences initiales du MK et dans une démarche interprofessionnelle.
2. Des recommandations d'orientation vers les traitements appropriés et/ou de demande d'examens complémentaires à destination du médecin traitant (ou d'un médecin généraliste si le patient n'a pas de médecin traitant). Selon les accords établis préalablement pour cette situation particulière, les MK-R pourraient être en mesure d'aller au-delà de cette simple recommandation et de prescrire directement des examens d'imagerie complémentaires et des antalgiques de paliers I et II (antalgiques périphériques et centraux faibles).

Pour rappel les compétences des MK couvrent les champs d'activités suivants : orthopédie, traumatologie, rhumatologie, neurologie, cardio-vasculaire et respiratoire. Certains professionnels ont développé des spécificités d'exercice autour des fonctions périnéo-sphinctérienne, oro-maxillo-faciale, vestibulaire et gériatrie.



*Figure 1 :
décret de compétences MK*

Cette proposition est à préciser en fonction des attentes des médecins urgentistes, des infirmiers, des infirmiers en pratique avancée, des aides-soignants du service d'urgence et des besoins démographiques. Il sera nécessaire de définir le périmètre et l'étendue des compétences que les MK pourront mobiliser dans le cadre de leur mission de MK-R. Le positionnement effectif du MK-R sera ainsi à affiner en fonction de l'appréciation des chefs de services et équipes de soins. Cela impliquera aussi de prendre en compte l'acceptabilité des équipes de terrain concernant l'arrivée dans leurs services de MK-R et leur inclusion dans la démarche interprofessionnelle des centres d'urgences.

Le parcours de soin des patients pourrait alors s'illustrer par deux figures :

Figure 2. Adaptation du système du service d'urgences du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

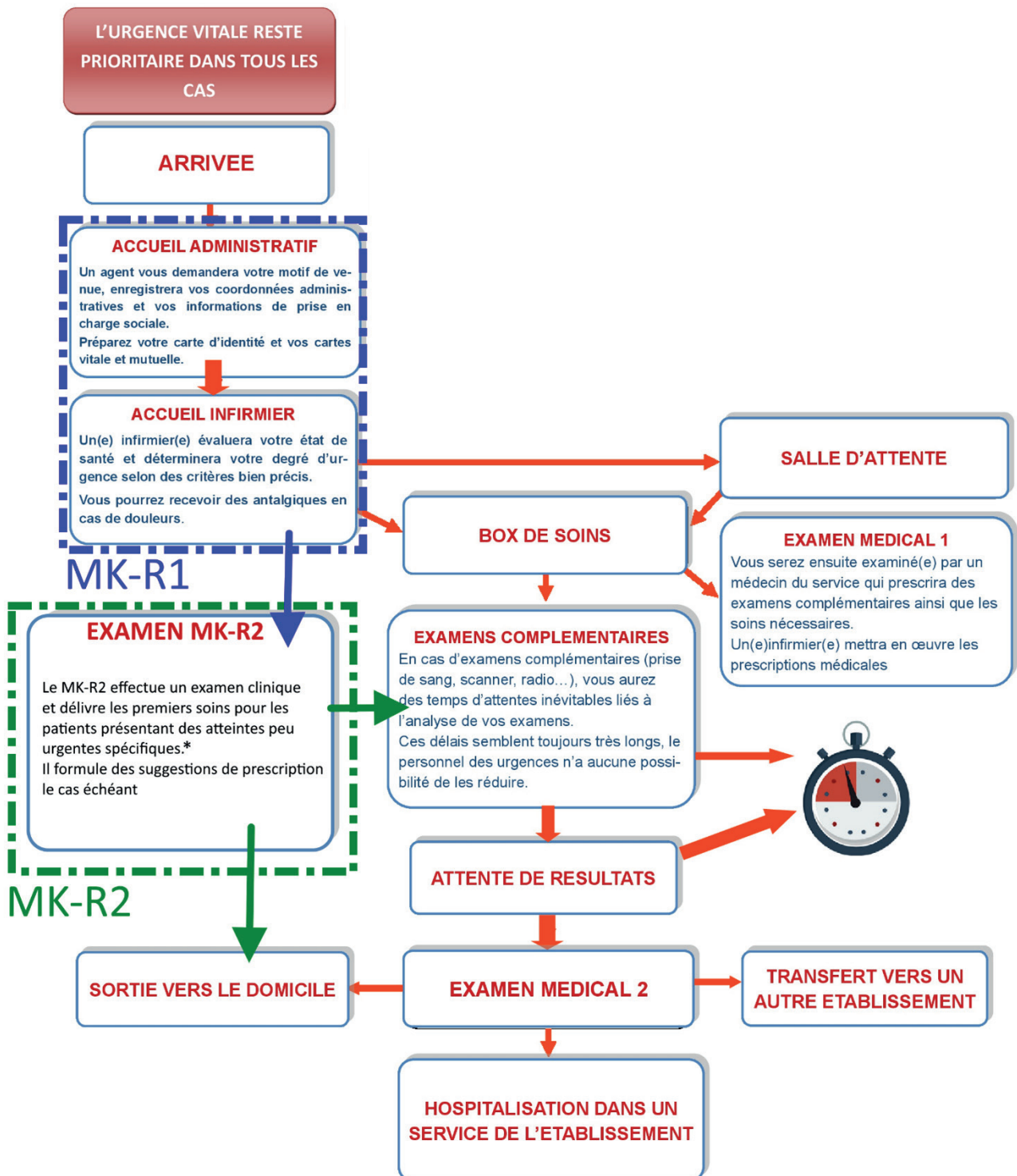
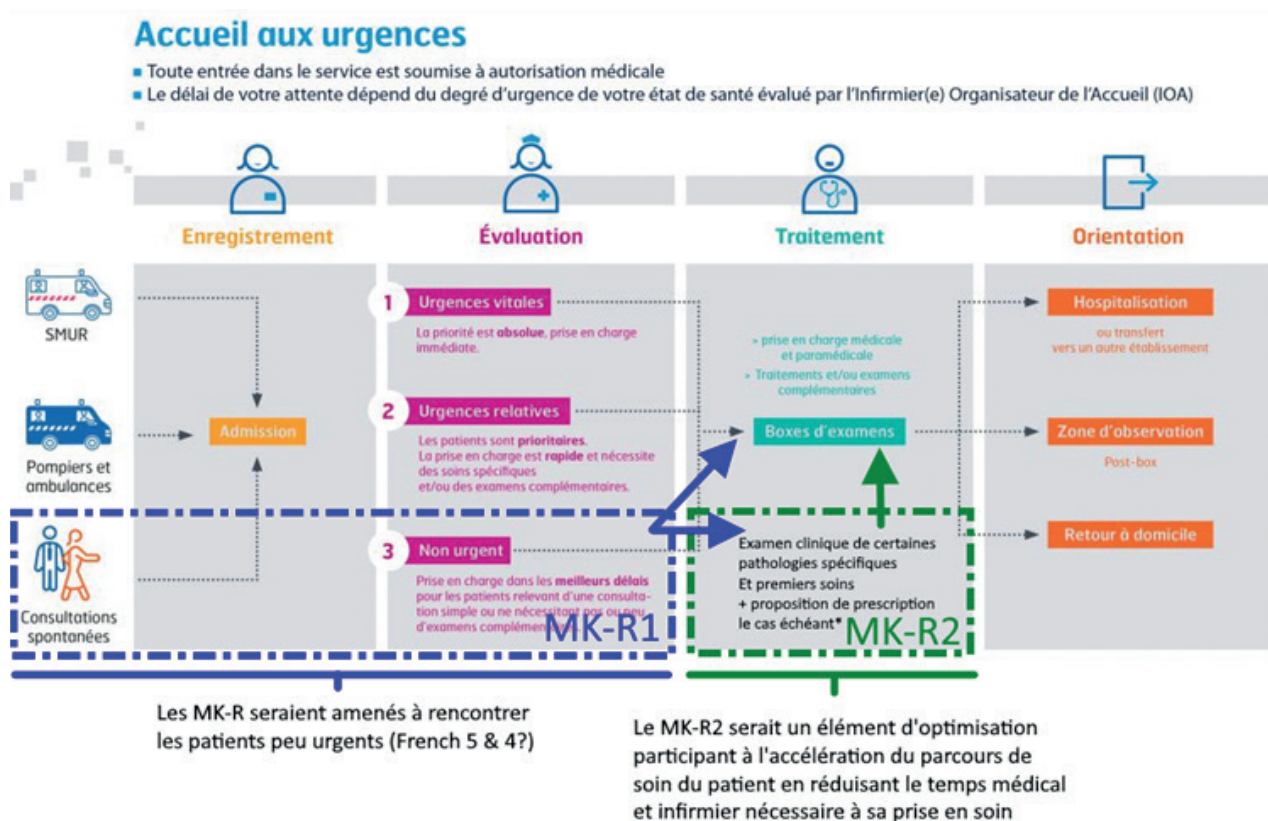


Figure 3. Adaptation du système actuel soulignant la catégorie de patients qui pourraient être pris en soins par des MK-R1 et MK-R2



* selon les accords établis, les MK-R 2 pourraient être amenés à proposer directement la prescription d'imagerie, de séances de rééducation et d'antalgiques de palier 1

• Concernant l'action des MK-V

Une réponse parallèle en ville pourrait être mise en place avec le concours de MK-V et d'une organisation exceptionnelle. Le dispositif s'appuierait sur les professionnels déjà présents au sein de structures de soins coordonnés (maisons de santé, CPTS, autres.) et présents sur le territoire francilien.

En effet, le MK-V poursuivrait son exercice de masseur-kinésithérapeute libéral habituel. Au cours de la période de renfort, les standards téléphoniques du 15 et de SOS médecin pourraient réorienter par exemple les patients souffrant de traumatismes en torsion de cheville, ou de lombalgies non spécifiques vers ces professionnels. Le MK-V serait alors en mesure d'accueillir les patients au sein de son cabinet en modifiant son organisation au cas par cas (attribution de créneaux spécifiques dédiés à ces urgences, réorganisation du planning au fur et à mesure, impliquant des modifications de planning de dernière minute pour les patients déjà prévus). Les prises en soins se feraient dans le cadre déjà offert par les protocoles de coopération d'accès direct en vigueur.

Plusieurs cas de figure pourraient alors être rencontrés :

- Le MK-V a déjà mis en place l'accès direct au sein de sa structure : le cheminement des patients est alors le même qu'envisagé dans ces protocoles.
- Le MK-V n'a pas mis en place de protocole de coopération spécifique à ce jour : l'ARS pourrait alors proposer un circuit de mise en place accéléré à destination des professionnels volontaires (médecins et masseurs-kinésithérapeutes) souhaitant proposer leurs services lors de cette période. Par la suite, le circuit des patients serait alors identique au cas précédent.

En cas d'engorgement important des services d'urgences, notamment par des patients présentant des traumatismes en torsion de cheville ou des lombalgies non spécifiques, il pourrait être envisageable de réorienter certains patients directement des salles d'attentes de services d'urgences vers des MK-V.

Selon le nombre et la disponibilité des MK-V sur le territoire, une permanence territoriale pourrait être envisagée.

Conditions de déploiement des MK-V et MK-R

Le déploiement des MK-R sur le terrain doit répondre à certains besoins spécifiques liés à l'organisation des soins dans les services d'urgence des établissements de santé franciliens.

Le financement des MK-R détachés pour de telles missions est une question absolument essentielle dans ce dispositif. Une rémunération suffisante et attractive permettra de mobiliser des MK sur des périodes longues d'une part, mais aussi de maximiser l'attractivité du dispositif pour les MK souhaitant libérer du temps de soin jugé comme "non urgent" pour le réattribuer à des actions de renfort (en services d'urgence ou pour dans un contexte de soins primaires). Ce constat est valable aussi bien pour les MK-R que les MK-V.

La responsabilité engagée par les MK-R dans l'exercice de leur mission doit être clairement délimitée. La réalité de terrain est prompte à pousser les MK-R vers des responsabilités qui ne sont pas les leurs (glissement spontané d'autres tâches infirmières ou médicales au-delà du champ de compétence initial du MK). Si la formation des MK-R prévoit de les sensibiliser aux limites de leur responsabilité, il est impératif de leur garantir un exercice serein. Les MK-V quant à eux, obéiront aux mêmes règles que ceux ayant signé un protocole d'accès direct habituel dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné.

La formation des MK-R doit leur permettre d'agir au sein des services d'urgences sans risque d'enrayer le fonctionnement de la structure et des professionnels de santé déjà investis. Pour cela, les contenus d'informations qui leur sont destinés, s'ils sont de courte durée, doivent leur permettre de comprendre le dispositif exceptionnel mis en œuvre, leur place dans l'organisation générale du service d'urgence, leurs droits et leurs responsabilités, les fonctions de triage et d'organisation qui pourraient leur être attribuées. Les compétences techniques (protocoles, soins particuliers) et non techniques (gestion des afflux de patients et des situations de crise, de tension, et d'agressivité des patients) les plus essentielles devront leur être enseignées. Une information plus spécifique pourra le cas échéant leur être délivrée directement par l'organisme d'accueil.

La disponibilité d'un interlocuteur-ressource sur place (ressources humaines de la structure) et à distance (URPS) sur lequel se reposer en cas de difficulté semble être une nécessité afin de garantir l'efficacité du dispositif, mais aussi son caractère sécuritaire (sur le plan de la santé mentale des soignants, mais aussi pour maintenir la qualité du service rendu aux services d'urgence). Ce même interlocuteur-ressource pourra être à même de dialoguer avec les services concernés en cas de besoin d'ajustement et participera à la flexibilité du dispositif (réallocation des ressources humaines, propositions d'ajustements, ...).

Des possibilités de logements pourraient être proposées aux MK-R participant à des missions à distance de leur domicile pour répondre à la demande de soins de territoires éloignés. Les logements des personnels non mobilisés au sein de la structure pourraient être attribués aux MK-R.

Une organisation flexible mais prévisible permettra à un maximum de MK de s'investir dans le dispositif tout en fournissant un meilleur service rendu lors de cette crise. A la différence des périodes récentes de confinement, les potentielles missions de renforts entrent en concurrence avec l'exercice habituel de la profession. Cela signifie :

- **Pour les MK-V** : de pouvoir anticiper, par l'organisation de leur activité et par des échanges d'information, l'affluence potentielle de patients. Et par des supports d'information (affichages dans les centres de soins de ville) de sensibiliser les autres patients aux délais d'attente potentiellement allongés par la recrudescence de consultations en accès direct à un MK. De même, une traçabilité et une cotation dédiée pourraient être mises en place afin de matérialiser ces actions et les valoriser.
- **Pour les MK-R** : selon leur niveau d'investissement dans le dispositif (longues ou courtes périodes), des interlocuteurs destinés à l'allocation des ressources humaines (URPS ou établissement de santé) doivent favoriser la prévision des besoins locaux mais aussi des conditions favorables à l'accueil des MK-R. Il sera pertinent de proposer des allocations de courte durée tout au long de la période estivale.

Méthodologie proposée

- **Recrutement**

Objectifs : sensibiliser les MK à la crise des urgences actuelles, identifier les MK volontaires, évaluer les disponibilités (temporelles et géographiques), informer et former les MK volontaires pour le renfort (webinaires, publications de contenus).

Moyens / Outils : communication réseaux, utilisation de l'outil inzee.care, téléphone à partir de listes établies sur la base du volontariat et à partir de données transmises par l'ARS Ile-de-France. Production par l'ARS d'une procédure accélérée de mise en place des protocoles de soins coordonnés pour l'accès direct aux MK. Utilisation des ressources de formation existantes de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

Si la mobilisation de ressources humaines MK s'avère particulièrement difficile, il serait éventuellement envisageable de mobiliser, sur des tâches peu sensibles, des étudiants volontaires en 4ème ou 5ème année de formation, avec l'accord des directions d'instituts et tant que cette activité de renfort ne compromet pas leur formation (il ne s'agit pas d'un stage de kinésithérapie).

- **Allocation offre/demande**

Objectifs : simplicité, flexibilité, adaptabilité.

Moyens / Outils : utilisation de l'outil inzee.care pour répartir les MK-renfort en fonction des besoins (outil permettant un premier niveau d'automatisation et de scalabilité) et proposition d'un temps RH dédié et complémentaire pour assurer flexibilité, adaptation et réactivité de l'organisation de l'allocation des ressources (répartition horaire et géographique) : interlocuteur téléphonique et communication/animation via les réseaux.

- **Traçabilité du renfort**

Objectifs : pouvoir évaluer cette action à posteriori de son déploiement.

Moyens / Outils : dédier du temps RH pour assurer le suivi des activités MK-renfort et/ou mise en place de moyens techniques (cotations des activités réalisées).

- **Financement**

Objectifs : assurer une valorisation rapide des renforts pour maintenir la dynamique.

Moyens / Outils : utiliser l'URPS comme rôle d'interface/relai pour l'allocation des financements.

Calendrier de déploiement

Mai

- Echanges entre les parties prenantes (notamment URPS, ARS Ile-de-France, établissements de santé possédant un service d'urgence, fédérations hospitalières, ordres professionnels, fédérations étudiantes)
- Précision des besoins et des modalités de financements disponibles (ARS Ile-de-France et établissements de santé possédant un service d'urgence)

Afin de prévoir la réponse la plus adaptée, il semble indispensable de préciser les besoins territoriaux en matière de soins d'urgence, notamment :

- Recueillir la demande globale / le manque à venir (nombre de postes à pourvoir en renfort), à l'échelle régionale et à l'échelle infra-régionale
- Recueillir l'offre de soins de ville coordonnées (MSP, CPTS, autres) et notamment la liste des regroupements fonctionnant avec un protocole de coopération (dans l'idée de pouvoir leur réorienter le surplus)
- Estimer la variabilité de la fréquentation des services d'urgence franciliens, variabilité régionale calendaire, horaires et variabilité propre aux établissements
- Caractériser la nature des demandes de soins localisés (MSK, neurologie, respi...)
- Identifier les interlocuteurs nécessaires à la mise en place d'une proposition de renfort et de son déploiement (notamment Syndicats, CNO, FNEK, Organisations médicales, FEMASIF, Hôpitaux...)

Juin

- Identification des MK disponibles (URPS, relayé par ARS et établissements de santé)
- Précisions des modalités de mise en œuvre (URPS et établissements de santé, en lien avec ARS)
- Formation des MK-R (URPS, en lien avec établissements de santé)
- Accélération des protocoles de coopération/accès direct pour les MK-V

Juillet

- Démarrage du renfort MK-R1 + traçabilité (URPS et établissements de santé, en lien avec ARS)
- Démarrage renfort MK-V (rappel régulier du 15 pour confirmer les disponibilités des MK-V)

Août / Septembre

- En fonction des besoins, démarrage du renfort MK-R2

Cadre juridique et déploiement

Le présent dossier et les propositions qui y sont consignées s'appuient sur des supports législatifs existants et pouvant être mobilisés pour encadrer les actions de renforts des services d'urgences de cet été 2022. Les professionnels mobilisés devront déclarer cette activité dérogatoire à leur organisme d'assurance professionnelle.

Pour le déploiement des MK-R1 et MK-R2 :

- Décret n°2021-1512 du 19 Novembre 2021, permettant la mise en œuvre de protocoles de coopération locaux.

Pour le déploiement des MK-V :

- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle »
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle »

Rédacteurs

- Yvan TOURJANSKY : MK, Président URPS MK IDF
- Olivier DAUTIGNY : MK, Secrétaire Général adj. URPS MK IDF et membre du collège de la masso-kinésithérapie (CMK)
- Anthony DEMONT : MK, Chef de projet URPS MK IDF et Doctorant à l'INSERM
- Olivier DAUDIER : MK et stagiaire M2 Sorbonne Université
- Flore DUPOUX : MK, M2 Sciences-Po et Chargée de mission URPS MK IDF

www.urps-kine-idf.com

30 rue de Lyon - 75012 Paris

Tél. 09 52 00 34 59 - contact@urps-mk-idf.org - Suivez-nous

