

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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 pluri-professionnelle »

NOR : SSAH2006761A

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 et suivants et D. 4011-2 et suivants ;

Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 66 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 29 janvier 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 susvisée, le protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », annexé au présent arrêté, est autorisé sur le territoire national dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire du code de la santé publique.

Art. 2. – Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », selon les conditions fixées par l'article D. 4011-4 du code de la santé publique.

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 mars 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*
Pour le ministre et par délégation :
*La directrice générale
de l'offre de soins,*
K. JULIENNE

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
*La directrice
de la sécurité sociale,*
M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXE



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :

- FICHE PROJET
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »

1



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes

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 - 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 ?	- 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.

2



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ? Pour un acte technique, s'agit-il, par exemple, de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?	Signature d'un arrêt de travail initial si nécessaire et en fonction des recommandations AMELI (gradation de l'entorse) et des conditions de vie et de travail du patient. Recherche de facteurs de risque thrombo-embolique et alerte du médecin qui décidera de la marche à suivre si présence d'un facteur de risque ou si doute sur l'absence totale de facteur de risque. Une consultation de suivi.
Lieu de mise en œuvre Dans quel lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en œuvre ? Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en œuvre ?	La coopération a lieu dans le cadre d'une maison de santé ou un centre de santé labellisé par l'ARS. Le délégant et le délégué utilisent un logiciel labellisé « Maison de Santé » ou « centre de santé » par l'ASIP. Ils ont chacun une licence nominative

	ELEMENTS DE REPONSE
Références utilisées Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ?	Actualisation 2004 de la conférence de consensus « l'entorse au service d'urgence ». www.ameli.fr KCE entorse de la cheville : diagnostic et traitement https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_197Bs_2011-02-GCP_Entorse%20cheville_1_0.pdf
Type de patients concernés Quelle sont les caractéristiques des patients	Les bénéficiaires du protocole sont toutes personnes entre 18 et 55 ans présentant une douleur à la cheville consécutive à un traumatisme en torsion, dont le délégant est médecin traitant et qui n'ont pas refusé le partage de leur dossier avec le délégué.

3



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

concernés par le protocole? (typologie, nombre...) Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?	Critères d'exclusion lors de l'interrogatoire : - Age <18 ans ou > 55ans - ATCD de maladie thrombo-embolique - Chute consécutive à un malaise - Polytraumatisme - Plaie - Douleur au genou - Appui unipodal impossible, persistant 24h après le traumatisme (grade 3) - Accident du travail Critères d'exclusion lors de la lecture du dossier et de l'examen clinique : - Appui unipodal impossible, persistant à distance du traumatisme - Traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire 2 diagnostics d'entorse par le passé pour la même cheville. - Signe 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 de la fibula Critères d'exclusion tout au long de la prise en charge : - Guts feeling du délégué - Refus du patient
Information des patients Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge ? Comment est donnée l'information au patient ?	Le masseur-kinésithérapeute informe oralement le patient et recueille son consentement avant de commencer la prise en charge, lors de la prise de rendez-vous. Lors de la consultation, il explique le déroulé au patient et lui redemande son consentement. Si le patient refuse la prise en charge dérogatoire ou le partage de dossier médical il est orienté vers son médecin traitant. Une annotation requérable sera réalisée dans son dossier afin de faciliter son parcours ultérieurement.
Formation des professionnels délégués	Une démarche de formation visant à l'appropriation des savoirs et à l'application de recommandations sera effectuée avant la mise en place de ce protocole de coopération.

4



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

- Quelles sont les compétences à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ? - Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ? - Quel est le programme de formation théorique et pratique (méthodes / moyens pédagogiques, volume horaire) ? - Quelles sont les modalités de la formation pratique ? (en une séquence, formation graduée...et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d'une séquence à une autre ?) - Qui valide la formation et comment ? - Quels sont les pré-requis, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ? ○ Quelles sont les modalités prévues au maintien des	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. Il n'y a pas d'autre prérequis que le diplôme de masseur-kinésithérapeute. 1^{re} séquence : diagnostic de l'entorse de cheville Compétence à acquérir : capacité à diagnostiquer l'entorse de cheville et à repérer les signes cliniques faisant suspecter une fracture. Objectifs pédagogiques : ○ A la fin de la séquence, le kinésithérapeute délégué maîtrisera et utilisera les critères d'Ottawa lors de l'examen clinique. Programme : Présentation des critères d'exclusion du protocole et diagnostic positif d'entorse. Présentation des critères d'Ottawa. Jeu de rôle afin d'évaluer la capacité diagnostique des masseurs-kinésithérapeutes. 2^e séquence : Gradation de la gravité du traumatisme et prescription d'un arrêt de travail Compétence à acquérir : capacité à grader la gravité du traumatisme. Objectifs pédagogiques : ○ A la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables de grader la gravité du traumatisme et d'utiliser cette gradation ainsi que les conditions de vie et de travail du patient afin de définir la nécessité et, le cas échéant, la durée de l'arrêt de travail. Programme : Présentation de l'échelle de gradation grades 1, 2) et des préconisations en matière d'arrêt de travail de l'assurance maladie (le grade 3 est exclu du protocole car appui unipodal impossible).
--	--

5



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

compétences acquises ?	Utilisation du système d'information pour créer un formulaire coopération entorse de cheville ainsi qu'une prescription type de paracétamol et de radiographie. 3^e séquence : recherche de facteurs de risques thrombo-emboliques Compétences à acquérir : Repérage des antécédents du patient dans le dossier médical partagé. Objectifs pédagogiques : ○ A la fin de la séquence, les masseurs-kinésithérapeutes délégués seront capables de repérer les antécédents des patients dans le dossier médical. ○ A la fin de la séquence, délégants et délégués auront établi une procédure simple, écrite et partagée par tous sur le moyen d'alerter le médecin délégant lorsqu'il y a présence d'un facteur de risque thrombo-embolique ou quand le délégué ne peut en confirmer l'absence. Evaluation des savoirs : Validation par les médecins après réussite de 6 cas pratiques/jeux de rôle pour lesquels les masseurs-kinésithérapeutes auront éliminé ou identifié les critères d'exclusion ainsi que les critères d'Ottawa, gradé l'entorse et, selon cette gradation, prescrit un arrêt de travail de la bonne durée et défini s'il y a lieu d'émettre une alerte au délégant sur le risque thrombo-embolique. Cette évaluation sera effectuée en fin de parcours, 3 mois après et ensuite tous les 6 mois lors du groupe d'analyse de pratiques.
Intervention du délégant - Comment le délégant s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ? - Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégant (ou à un médecin non délégant, en cas d'urgence) ? - Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d'intervention du délégant ou d'un autre médecin en cas d'urgence ? - Quelles sont les modalités prévues pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence programmée ou non des professionnels concernés (délégué ou délégant) ?	Le délégant est joignable au moins par téléphone et téléconsultation par le délégué. L'arbre décisionnel est converti en formulaire dans le logiciel et intégré au dossier du patient. Un groupe d'analyse de pratiques se réunit tous les trimestres reprenant les grilles RMM. Si le patient présente un critère d'exclusion le délégant contacte le délégué qui recevra (ou adressera) le patient pour une consultation dans les 24h maximum. Il en va de même si, suite à la consultation par le délégué, le patient présente un nouveau symptôme ou une apparition secondaire de critère d'exclusion ainsi que s'il n'y a pas d'amélioration (ou une aggravation lors de la consultation de réévaluation (I3)). S'il y a présence d'un facteur de risque thrombo-embolique ou si le délégué ne peut en confirmer l'absence,

6



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

	le délégué alerte le délégant qui se charge de définir la marche à suivre (convocation du patient en consultation, analyse du dossier et prescription,...) dans les 12h maximum suivant la consultation du délégué. L'intervention du délégant dans les 24h sera également nécessaire si nécessité de prolonger l'arrêt de travail initial, si présence d'une fracture à la radiographie, et si doute sur une fracture malgré une radiographie normale. Si le délégant est absent ponctuellement (<2 mois), il désigne nommément un de ses confrères au délégué. Ce confrère sera joignable et susceptible de recevoir le patient sous les mêmes conditions que dans le cadre du protocole. En cas d'absence du délégant et sans possibilité d'avoir un délégant remplaçant, le protocole sera suspendu. Si le délégué est absent, le délégant reçoit les patients
Système d'information Quelles sont les informations qui sont partagées pour organiser la prise en charge du patient ? Qui partage ces informations et comment ?	Délégué et délégué partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, traitement, allergies,...). L'ensemble de la consultation, les prescriptions et certificats éventuels sont encodés dans le logiciel. Une affiche est présente en salle d'attente informant les patients du partage du logiciel et de la nécessité de se manifester s'ils s'y opposent.
Suivi du protocole Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes - Quels sont les critères (congé de maternité ...) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?	Les indicateurs d'activité et qualité (voir annexe : tableau des indicateurs) seront requêtés tous les trimestres par le responsable des requêtes informatiques de la maison ou du centre de santé. Ils seront analysés en groupe d'analyse de pratique (ensemble des délégants et délégués). Indicateurs d'activité : ○ Nombre de consultations pour entorse de cheville en hausse chez les kinésithérapeutes (hors critères d'exclusion). ○ Nombre de patients inclus dans le protocole de coopération en hausse (identification par le kinésithérapeute puis requête). Indicateurs de qualité : ○ Nombres d'arrêts de travail prescrits/nombre de patients inclus ○ Durée moyenne des arrêts de travail prescrits ○ Nombre de dossiers repris par le médecin délégué/nombre de patients inclus.

7



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

	○ Nombre de réunions d'analyse de pratique minimum 1 par trimestre. Indicateurs de satisfaction des patients : ○ Nombre de refus/nombre de patients inclus. ○ Enquête de satisfaction après la prise en charge à 3 mois après la mise en place du protocole et puis à 18 mois et 36 mois. Indicateur d'impact organisationnel : ○ Délai de prise de rendez-vous chez le kinésithérapeute. L'arrêt du protocole serait envisagé en réunion d'analyse des pratiques si le nombre d'appels au médecin délégué par patients inclus devenait >50% il en va de même si l'enquête de satisfaction révélait un mécontentement ou un sentiment d'insécurité chez 30% des patients. Le protocole est suspendu pour les patients d'un délégué qui est absent sur une durée > à 2 mois (sauf s'il est remplacé par un médecin délégué).
Retour d'expérience Les événements indésirables - Quels sont les événements indésirables qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ? - Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des événements indésirables ? - Comment cette analyse est-elle réalisée ? - Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ? La qualité des soins - Quelles sont les modalités permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants...) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ? Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)?	Le formulaire retraçant l'ensemble de la prise en charge par le délégué est accessible au délégant dans le dossier informatisé du patient permettant au délégant de vérifier la qualité de la prise en charge Tout événement indésirable doit être déclaré (voir annexe : tableau des effets indésirables) il est recueilli via une fiche (ex : fiche issue de l'étude PRISM). La rédaction d'une fiche d'évènement indésirable provoque la tenue d'une séance d'analyse de la pratique si les médecins délégants le jugent nécessaire. Lors des séances d'analyse de pratique l'équipe utilisera le « support de suivi des actions correctives » et le « compte rendu de comité de retour d'expérience » (ex : supports de l'étude PRISM). En dehors de ce cas le groupe d'analyse de pratique rassemblant délégants et délégués de la structure échange à partir des grilles RMM et/ou à partir de situations tirées au hasard et autour de la satisfaction des délégants et délégués.

8



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

Traçabilité et archivage - Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en œuvre du protocole (procédures,...) Comment sont-ils archivés ?	Les arbres décisionnels sont intégrés au logiciel, les comptes rendu de consultation, ordonnances, arrêts de travail,... sont intégrés au dossier patient.
Processus de prise en charge Complétez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » du modèle type de protocole de coopération. Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge	Voir : - Tableau « description du processus de prise en charge du patient » - Diagramme décisionnel - Formulaire synthétique rempli dans le logiciel informatique partagé. - questionnaire de satisfaction du patient. Documents joints à titre d'exemple : - Fiches Evènement indésirable PRISM - Grille RMM

9



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »			
1) Étapes de la prise en charge Le patient contacte le masseur-kinésithérapeute afin de prendre un rendez-vous. Le masseur-kinésithérapeute consulte le dossier du patient afin de s'assurer qu'il ne présente pas de critère d'exclusion. Il lui explique le cadre du protocole de coopération.	2) Identification des risques Refus du patient de la prise en charge dérogatoire. Présence d'un critère ne permettant pas la prise en charge du patient dans le cadre du protocole. Omission d'un critère provoquant un retard dans la prise en charge.	3) Causes associées Patient Cadre du protocole Dossier patient non complet. Formation insuffisante	4) Solutions à mettre en place Orientation du patient vers le médecin. Sujet d'analyse de pratiques. Le masseur-kinésithérapeute revoit tous les critères d'exclusion lors de la consultation. Questionnaire et examen clinique complet intégré au logiciel patient.
Le masseur-kinésithérapeute questionne et lit le dossier médical du patient à la recherche de critères d'exclusion. Il effectue un examen clinique, recherche des complications et signes de gravité. Il pose le diagnostic d'entorse et prescrit une radiographie si nécessaire, en	Inclusion d'un patient présentant un critère d'exclusion ou évoquant une pathologie grave ou nécessitant une prise en charge urgente ou différente du cadre du protocole	Formation insuffisante Barrière de la langue, interrogatoire difficile, examen clinique compliqué	Liste claire et exhaustive des critères d'exclusion. Formation à la recherche des critères d'exclusion. Renvoi vers le médecin au moindre doute

10



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

fonction des critères d'Ottawa afin d'éliminer une fracture			
Prescription d'antidouleurs de palier 1	Erreur dans la prescription/dans le choix de molécule.	Formation insuffisante.	Prescription type. Formation du délégué à la prescription Contact avec le médecin au moindre doute du délégué.
Arrêt de travail en fonction des recommandation AMELI	Sur ou sous prescription	Manque de formation du délégué	Recommandations comprises dans le formulaire de consultation.
Prescription de séances de masso-kinésithérapie.	Surprescription	Risque inhérent à l'autoprescription	Un prescription type suivant les recommandations est réalisée, le patient peut se rendre chez le masseur-kinésithérapeute de son choix.
Alerte médecin en cas de facteur de risque thromboembolique	Omission d'un facteur de risque Non réponse du médecin	Risque inhérent à la formation Risque inhérent à l'organisation	Lors de la formation : - Formation au repérage des antécédents du patient dans son dossier médical. - Définition claire et écrite du mode d'alerte du médecin généraliste en cas de présence d'un facteur de risque thrombo-embolique.
Durant la prise en charge du patient par le délégué	Apparition d'un évènement indésirable auquel le délégué ne peut faire face et mettant en danger le patient.	Compétences professionnelles. Apparition d'un critère de gravité ou aggravation de l'état du patient.	Le médecin délégant est disponible (au minimum par téléphone) lors de la prise en charge par le délégué. Groupes réguliers d'analyse des pratiques et possibilité d'en organiser en urgence Recueil et codage de toute information dans le dossier informatique partagé du patient.

11



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

**Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Auvergne-Rhône-Alpes**

--	--	--	--

12

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

DONNES DE L'ANAMNESE:

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

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

Critères d'exclusion : **Âge < 18 ans Âge > 55 ans**
Plaie
Polytraumatisme
Chute consécutive à un malaise
Douleur au genou
Appui monopodal impossible persistant à 24h après trauma
Accident du travail
Deux antécédents d'entorses sur la même cheville
Antécédent de thrombose
Traitement anticoagulant ou antiagrégant

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

DONNEES CLINIQUES – Examen initial:

Critères d'exclusion : Appui monopodal impossible persistant : **OUI / NON**
 et/ou impossibilité de faire 4 pas: **OUI / NON**

Atteinte ou rupture du tendon d'Achille: **OUI / NON**
 (augmentation de la flexion dorsale de la cheville traumatisée par rapport à la cheville saine).

Douleur à la palpation de la fibula : **OUI / NON**

Doute du délégué : **oui / non**

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

Evaluation complémentaire :

CRITERES D'OTTAWA

A. Douleur de la RÉGION MALLÉOLAIRE associée à l'un de ces critères:

1. Appui monopodal impossible persistant à 24h du trauma **OUI / NON**
2. et/ou impossibilité de faire 4 pas **OUI / NON**
3. Douleur de la Malléole Externe à la palpation osseuse du bord postérieur (sur 6 cm) ou de la pointe **OUI / NON**
4. Douleur de la Malléole Interne à la palpation osseuse du bord postérieur (sur 6 cm) ou de la pointe **OUI / NON**

B. Douleur de la RÉGION TARSIIENNE associée à l'un de ces critères:

1. Douleur de la base de M5 à la palpation **OUI / NON**
2. Douleur du scaphoïde tarsien à la palpation **OUI / NON**

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

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

Facteur de risque thrombo-embolique : **OUI, DOUTE** (alerte médecin généraliste)/ **NON**

Immobilité prolongée 3 jours
Chirurgie de moins d'un mois
Grossesse et post-partum
Contraceptif oral
Hormonothérapie substitutive
Obésité
Cancer actif
Tabagisme
Thrombophilie congénitales ou acquises
Maladie inflammatoire

DEMARCHE THERAPEUTIQUE :

Conseils pour soulagement :

- ✓ RICE
 - Repos relatif
 - Glaçage 3 à 4 fois par jour
 - Compression (bande, chaussettes, bas de contention)
 - Membre lésé surélevé lors de la position assise ou couchée.
- ✓ Attelle : cheville stabilisatrice type aircast
- ✓ Marche encouragée avec appui (cannes anglaises)

Traitement symptomatique de la douleur:

- ✓ Paracétamol si absence de contre-indication

Complément :

- ✓ Arrêt de travail selon référentiel AMELI en fonction du grade de l'entorse et de l'emploi occupé.

DONNEES CLINIQUES - Examen n°2 – Evaluation à J3

- A. Aggravation ou absence d'amélioration des douleurs ou apparition de nouveau symptôme
 - B. Amélioration mais nécessité de prolonger l'arrêt de travail
 - C. Amélioration permettant la reprise d'activité
-
- ☐ Orientation vers le MG
 - ☐ Contact MG et prescription type de la rééducation par le MKDE selon référentiel AMELI
 - ☐ Prescription type de la rééducation par le MKDE selon référentiel AMELI

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 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 :

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

Réorientation vers le médecin

Fracture

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

Absence de fracture

Absence de critère d'exclusion

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

Demandes imageries types

Titre : Entorse de cheville - radio

Sous-Dossier : ...

Zone de destination : Radio Filtre sur le sexe : Aucun filtre Filtre sur l'âge de 0 à 0

Police Taille B I U [Liste d'icônes]

Ajuster à gauche

Cher confrère,

Merci de réaliser des radiographies simples de la cheville (**LATERALITE**) pour [PatientCivileLong] [PatientPrenom] [PatientNom] qui présente un tableau d'entorse typique du (LIGAMENT) de grade (GRADE) suite à un traumatisme en (MECA).

L'évaluation clinique initiale retrouve un score d'Ottawa pouvant faire suspecter une fracture sous-jacente:

(OTTA)

En vous remerciant par avance de votre expertise

Bien cordialement

Questionnaires liés

LATERALITE

- * gauche
- * droite

LIGAMENT

- * ligament latéral externe
- * ligament latéral interne

GRADE

- * I
- * II
- * III
- * non évaluable

MECA

- * varus
- * valgus

OTTA

- * Appui monopodal impossible
- * Impossibilité de marcher quatre pas après le traumatisme
- * Douleur localisée sur le bord postérieur des m à plus de 6 cm de l'extrémité distale
- * Douleur localisée sur la base de M5
- * Age < 18 ans
- * Age > 55 ans

Conseil d'utilisation :

Le score clinique d'Ottawa permet d'éviter les radiographies inutiles



ARRÊT DE TRAVAIL

Entorse de cheville

Novembre
2010
 après avis de la HAS^[1]

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.

Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Type d'emploi			Durée de référence*		
			Entorse bénigne ^(**)	Entorse de gravité moyenne ^(***)	Entorse grave ^(****)
Travail sédentaire			0 jour	3 jours	3 jours
Travail physique léger	Peu de déplacements et/ou temps de station debout faible	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	0 jour	3 jours	7 jours
Travail physique modéré	Nombreux déplacements et/ou temps de station debout élevé	Charge ponctuelle < 25 kg ou Charge répétée < 10 kg	0 jour	7 jours	14 jours
Travail physique lourd		Charge > 25 kg	3 jours	14 jours	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.

** Entorse bénigne : simple distension ligamentaire sans lésion anatomique (grade 1).

*** Entorse de gravité moyenne : rupture incomplète du système ligamentaire (grade 2).

**** Entorse grave : rupture-désinsertion complète du système ligamentaire (grade 3).

La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- la gravité de l'entorse,
- la présence ou non de lésions associées,
- les moyens de transport utilisés,
- les possibilités d'adaptation ou de modification du poste de travail, notamment pour des postes très physiques.

La santé progresse avec vous



Entorse de cheville

**Restauration des capacités fonctionnelles**

Le port d'une contention (bandage, orthèse) est conseillé pendant deux semaines au minimum. Il facilite la reprise précoce de la marche en sécurité. Il est recommandé d'éviter l'immobilisation totale et prolongée de la cheville.

Reprise des activités professionnelles

En cas d'emploi particulièrement physique, sur terrain accidenté ou mobilisant fortement les articulations, une reprise progressive est recommandée.

Le recours au médecin du travail peut être nécessaire pour adapter temporairement le poste de travail.

Reprise des activités sportives et de loisir

Lorsque l'immobilisation de la cheville est nécessaire, la conduite automobile est à éviter pendant toute cette période.

Une protection peut être utile pour la reprise de l'entraînement et notamment pour les sports avec pivots.

► Votre patient a-t-il reçu une information rassurante pour lui permettre de reprendre ses activités sans appréhension ?

► La question de la reprise de l'emploi a-t-elle été abordée dès le début de l'arrêt ?

► Votre patient a-t-il été informé des délais à respecter avant de reprendre ses activités sportives et de loisir ?

Sources :

Conférence de consensus « l'entorse de la cheville au service d'urgence », actualisation de 2004.
ANAES, Rééducation de l'entorse externe de la cheville, janvier 2000.
Official Disability Guidelines, 14th Edition, 2009.
Medical Disability Advisor, Reed group, 5th Edition, 2005.

⁽¹⁾ www.has-sante.fr

Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle

Annexe 1 : Tableau d'indicateurs

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		Distinguer selon la gravité et selon le type d'événements indésirables : exemple événements liés à la qualité de la prise en charge, vs événements liés au patient vs autres à identifier
	Taux de réunions d'analyse des pratiques	Tendre vers 100%	Nombre de réunions d'analyse des pratiques effectuées/an	Nombre de réunions d'analyse des pratiques prévues/an		Minimum 1 par trimestre, soit 4 par an
Suivi	Taux de radiographies prescrites		Nombre de radiographies prescrites	Nombre de patients inclus		Cela suppose que la radiographie est prescrite chez les patients qui le nécessitent
	Taux de prescriptions pertinentes de masso-kinésithérapie	Tendre vers 100%	Nombre de patients ayant eu une prescription de séances de masso-kinésithérapie	Nombre de patients inclus au protocole		Cela suppose que ces séances ont été prescrites chez les patients qui le nécessitent
	Taux d'arrêts de travail délégués		Nombre de patients ayant eu un arrêt de travail signé par les délégués	Nombre de patients inclus		Cela suppose que l'arrêt de travail est remis aux patients qui le nécessitent

	Durée moyenne des arrêts de travail prescrits					A comparer aux durées moyennes obtenues par les délégants dans la même population Durée min et max à recueillir aussi
	Délai à la prise en charge déléguée					Indicateur de résultats (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 de coopération	Tendre vers 100%	Nombre de patients inclus ayant répondu « oui » à la question : Etes-vous satisfait de 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 analyser
	Taux de satisfaction des délégué(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégués ayant répondu « oui » à la question « Etes-vous satisfait du protocole »	Nombre de délégué(e)s ayant répondu au questionnaire de satisfaction		
	Taux de satisfaction des délégant(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégants ayant répondu « oui » à la question « Etes-vous satisfait du protocole »	Nombre de délégants ayant répondu au questionnaire de satisfaction		

ETUDE PRiSM : SUPPORT D'ANALYSE D'EI

Nom de la structure :

Nom du « pilote analyse » :

Date de l'analyse : / / 201...

Date de la réunion CREX : / / 201...

1. Informations avant la survenue de l'EI

a. Informations sur le patient si l'évènement concerne un patient

Sexe ☐ H ☐ F Age : Consultation ☐ Programmée ☐ Non programmée / en urgence

Diagnostic / motif de consultation :

Situation clinique avant la survenue de l'EI :

a) Antécédents médicaux contributifs à la survenue de l'EI

.....

.....

b) Traitement en cours au moment de la survenue de l'EI

.....

.....

b. Informations sur la structure

Elément contextuel particulier lors de la survenue de l'EI (le cas échéant) :

.....

.....

2. Informations sur l'EI

Description synthétique de l'EI (« Que s'est-il passé ? Quoi ? Qui ? Où ? Comment ? » etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

Date (et heure de survenue) de l'EI :/...../201... (àh.....)

Conséquences avérées de l'EI pour le patient : ☐ OUI ☐ NON

☐ Décès ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Altération corporelle ou fonctionnelle définitive

☐ Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire ☐ Absence de conséquence connue

Conséquences potentielles de l'EI pour le patient : ☐ OUI ☐ NON

☐ Décès ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Altération corporelle ou fonctionnelle définitive

☐ Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire ☐ Absence de conséquence connue

Conséquences avérées de l'EI pour la structure : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, Précisez :

Conséquences potentielles de l'EI pour la structure : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, Précisez :

2.4

Propositions d'actions correctives

A l'issue de l'analyse, quelle(s) proposition(s) d'actions correctives peuvent-elles être envisagées afin de limiter le risque de nouvelle survenue de l'EI ? Elles peuvent avoir trait à l'organisation au sein de la structure, à la formation des intervenants, à la communication ou encore aux éléments matériels etc.

Action corrective 1 :Description :
.....
.....**Action corrective 2 :**Description :
.....
.....**Action corrective 3:**Description :
.....
.....**Action corrective 4 :**Description :
.....
.....**Mesures de signalement complémentaires**Cet EI a-t-il été signalé dans le cadre d'un système de signalement ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI Préciser :

Si NON Préciser pourquoi :

Information du patient, si un patient est concerné

Le dossier médical du patient comporte-t-il la mention d'une trace de la survenue de l'EI?

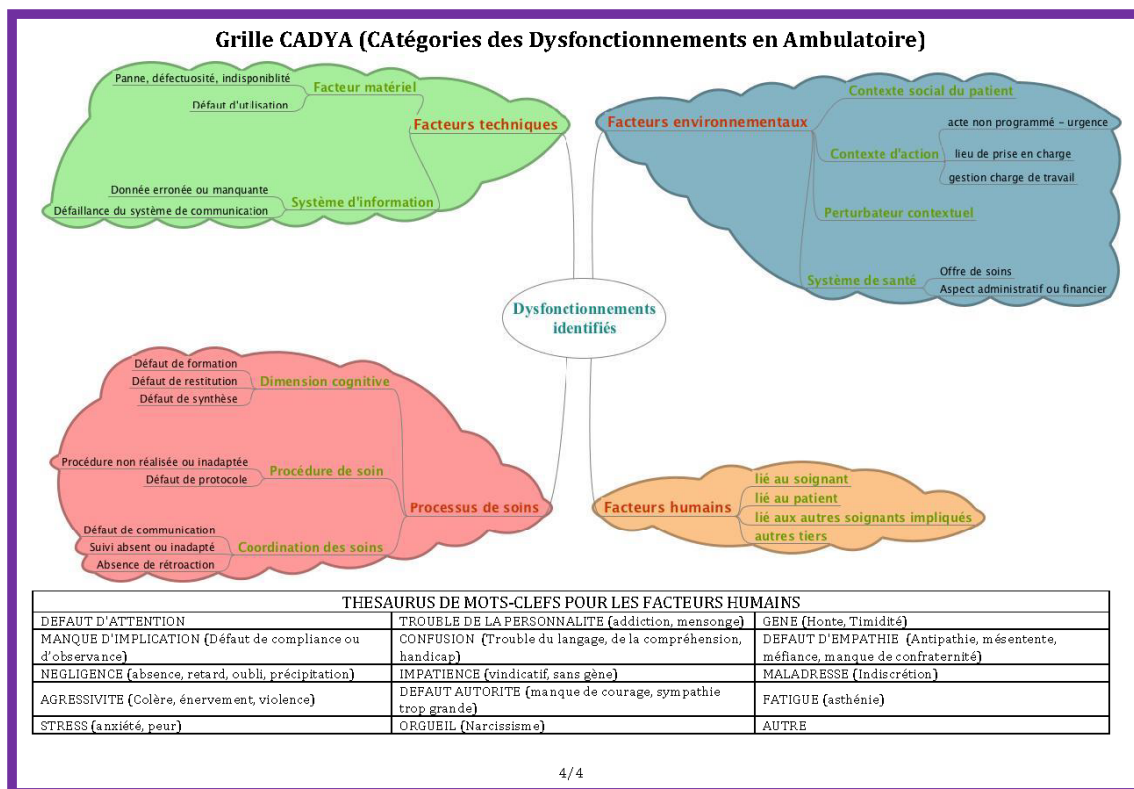
☐ Oui☐ Non

Le patient (ou son entourage) a-t-il été informé, oralement ou par écrit, de la survenue de l'EI?

☐ Oui☐ Non

Si oui, le dossier médical du patient comporte-t-il une trace de l'information donnée au patient sur l'EI?

☐ Oui☐ Non



ETUDE PRiSM : SUPPORT SUIVI ACTIONS CORRECTIVES

Nom de la structure : Date de la réunion CREX : / / 201...

Nom du « pilote actions correctives » :

ACTIONS CORRECTIVES RETENUES A L'ISSUE DU CREX**Action corrective 1 :**

Description :

.....
.....
.....
.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 2 :

Description :

.....
.....
.....
.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 3 :

Description :

.....
.....
.....
.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

NOM DU PILOTE « ACTIONS CORRECTIVES » :						DATE DU CREX :/...../201.....	
Suivi des actions correctives							
N° de l'action	Date de mise en place	Nom du responsable	Libellé et contenu de l'action	Date d'évaluation	Degré de mise en œuvre (réalisée, non réalisée, en cours, prévue)	Modifications à proposer au CREX et leurs justifications	

2

NOM DU PILOTE « ACTIONS CORRECTIVES » :						DATE DU CREX :/...../201.....	
Suivi des actions correctives							
N° de l'action	Date de mise en place	Nom du responsable	Libellé et contenu de l'action	Date d'évaluation	Degré de mise en œuvre (réalisée, non réalisée, en cours, prévue)	Modifications à proposer au CREX et leurs justifications	

3

NOM DU PILOTE « ACTIONS CORRECTIVES » :						DATE DU CREX :/...../201.....	
Suivi des actions correctives							
N° de l'action	Date de mise en place	Nom du responsable	Libellé et contenu de l'action	Date d'évaluation	Degré de mise en œuvre <i>(réalisée, non réalisée, en cours, prévue)</i>	Modifications à proposer au CREX et leurs justifications	

4

ETUDE PRiSM : COMPTE RENDU COMITE DE RETOUR D'EXPERIENCE

Nom de la structure : CREX N° :
Date de la réunion CREX : / / 201... Durée de la réunion :
Nombre de participants : (joindre fiche d'émargement)

Première partie : Restitution de l'analyse de l'EI choisi

Merci de joindre la fiche support d'analyse de l'EI, complétée par le « pilote analyse ».

Quelles actions correctives ont-été décidée en CREX ?

Action corrective 1 :

Description :
.....
.....
.....

Responsable : Echéance de mise en place :
Modalités de diffusion de l'information :
.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 2 :

Description :
.....
.....
.....

Responsable : Echéance de mise en place :
Modalités de diffusion de l'information :
.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 3 :

Description :
.....
.....
.....

Responsable : Echéance de mise en place :
Modalités de diffusion de l'information :
.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Deuxième partie : Suivi des actions correctives

Le suivi des actions correctives prévues lors des précédentes réunions CREX a été effectué par chaque pilote « actions correctives » pour les EI précédemment analysés.

Bref résumé du suivi des actions correctives mises en place selon la trame synthétique suivante :

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

Merci de bien reprendre toutes les actions décidées lors de tous les CREX précédents.

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

Troisième partie : Choix du prochain EI à analyser

Choix de l'EI à analyser pour la prochaine réunion parmi ceux renseignés dans le SREI :

.....
.....
.....

Personne en charge de l'analyse (pilote « analyse ») :

Personne en charge des actions correctives (pilote « actions correctives ») :

Date du prochain CREX :/...../.....

Réunion de retour d'expérience - Fiche de présence

Nom de la structure :

Date de la réunion CREX : / /

CREX N° :

[illegible]

Enquête de satisfaction : *Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle*

Etes-vous satisfait de la prise en charge ?

Vous êtes-vous senti en sécurité ?

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin ?

Avez-vous des remarques ?

Enquête de satisfaction délégrant : *Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle*

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

La démarche vous paraît-elle sécurisée ?

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin pour évaluer la prise en charge ?

Avez-vous des remarques ?

Enquête de satisfaction du délégué : *Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle*

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

Vous êtes-vous senti en sécurité ?

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin ?

Avez-vous des remarques ?