

Université Paris V  
Faculté de médecine Cochin-Port Royal  
24 Rue du Faubourg Saint Jacques  
75014 PARIS

**Coordination de la prise en charge kinésithérapique  
libérale en EHPAD :  
élaboration d'un argumentaire et un plan d'action**

**Dr Manuela Plaum**

DU de formation de médecin coordinateur en EHPAD

◦ **Année Universitaire 2008-2009**

# Table des matières

1) Introduction.....	3
2) Processus de travail.....	3
3) Données .....	4
3.1 Présentation de l'EHPAD : .....	4
3.2 Entretiens avec les kinésithérapeutes de l'EHPAD : .....	4
3.3 Entretien avec le Médecin Coordinateur .....	5
3.4 Entretien avec l'Infirmière coordinatrice.....	6
3.5 Entretien avec les infirmières .....	6
3.6 Entretien avec la psychologue.....	6
3.7 Entretien avec la Directrice .....	6
3.8 Entretiens avec des kinésithérapeutes intervenant dans d'autres EHPAD.....	7
3.9 Entretien avec des kinésithérapeutes institutionnels .....	7
3.10 Réflexions autour des passages des test de Tinetti chez les résidents.....	7
3.11 La nomenclature et tarification actuelles.....	8
3.12 La formation continue des kinésithérapeutes .....	8
3.13 Le bilan kinésithérapique .....	9
3.14 L'analyse financière de l'intervention des kinésithérapeutes en EHPAD.....	10
3.15 Analyse des durées de temps de présence des kinésithérapeutes dans notre EHPAD.....	10
3.16 Analyse des transmissions dans les dossiers des résidents .....	11
3.17 Eléments de management pouvant être utile .....	11
4) Les problématiques rentrant en ligne de compte .....	16
5) La situation idéale pour le médecin coordinateur .....	17
6) La situation actuelle et la situation souhaitée .....	19
7) Les différents types d'action .....	19
7.1 La nécessité d'être sûr de ses compétences .....	19
7.2 Des Modalités de management .....	20
7.2.2 Transmission des attentes envers les kinésithérapeutes.....	20
7.2.1 Favoriser une dynamique positive.....	20
7.2.3 Favoriser la communication .....	21
7.2.4 Favoriser la participation aux formations continues concernant la personne âgée .....	21
7.2.5 Organisation d'un contrôle social responsable .....	22
7.2.6 Contrôle par le médecin coordinateur .....	22
7.2.7 Créer un « burning platform » .....	22
7.2.8 En cas de dysfonctionnement : .....	22
7.2.8 Institutionnaliser le changement.....	23
8) Conclusion .....	23
Annexes.....	25
Annexe 1 Evaluation de l'équilibre : test de Tinetti .....	25
Résultats du test effectué du 10 au 16 Août 2009.....	25
Annexe 2 Extraits de l'NGAP de décembre 2008 et de la grille tarifaire du 30 juin 2007 .....	26
Annexe 3 Mode d'emploi de la fiche de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique .....	33
Bibliographie.....	37

## 1) { TC "1) Introduction" \ 1 } Introduction :

J'ai été médecin coordinateur dans l'EHPAD les 4 vents à Vendenheim (Bas Rhin) durant 2 mois, avant et pendant son ouverture. J'y ai fait les examens d'admission et donc rencontré beaucoup de résidents et leurs familles.

Pour des raisons d'incompatibilité de ce poste avec la charge de travail de médecin généraliste, j'ai été obligée de quitter cette fonction. J'ai cependant continué à fréquenter la maison de retraite en tant que médecin traitant.

C'est suite aux remarques répétées de la part des résidents, des aides soignantes, des infirmières et les questionnements des familles de résidents, que cette problématique m'est apparue comme importante. « Les kinésithérapeutes ne viennent qu'en coup de vent » « oh pour ce qu'il vient faire docteur, pas besoin de dépenser des sous », « ma mère ne progresse pas, le kinésithérapeute ne fait rien ».

La Kinésithérapie est un apport majeur dans le maintien d'une qualité de vie optimale des personnes âgées en EHPAD. [1]

La coordination des intervenants libéraux fait partie de la 3<sup>ème</sup> mission du Médecin Coordinateur.[2]

Le médecin Coordinateur est garant des bonnes pratiques gériatriques dans son EHPAD (mission 5).[2]

C'est donc pleinement de la responsabilité du médecin coordinateur de veiller à une prise en charge kinésithérapique optimale. Mais comment faire?

## 2) { TC "2) Processus de travail" \ 1 } Processus de travail:

Partant du principe que tous les intervenants sont de bonne foi, j'ai cru qu'en recueillant les demandes et remarques de chacun, une solution négociée se dégagerait. On mettrait tout le monde autour d'une table et le tour serait joué. Une question de négociation, de prendre et donner.

Après avoir recueilli les demandes et remarques de tous les intervenants, je me suis aperçue que tout le monde se trouve dans une situation qu'il pense confortable, pas forcément satisfaisante, mais les habitudes sont déjà prises. Mettre tout le monde autour d'une table ne suffirait pas.

J'ai cherché des arguments solides afin de pouvoir initier un changement.

J'ai examiné tous les résidents en leur faisant un test de Tinetti, je me suis plongée dans la NGAP, les bilans kinésithérapiques. J'ai interrogé d'autres kinésithérapeutes, intervenant dans d'autres EHPAD, ou salariés dans un service de gériatrie.

Fort de tous ces savoirs, j'ai essayé de préparer la réunion qui mettrait tout le monde d'accord, ... . Très vite je me suis rendue compte que, si j'avais trouvé des raisons supplémentaires au changement, des arguments pour dire « IL FAUT », je n'avais toujours pas trouvé le comment.

C'est seulement là que je me suis rendue compte que les cours de management ne concernent pas seulement les salariés des établissements. Ils sont aussi très utiles

pour la coordination des libéraux. J'ai donc revu les cours de management, sous l'angle de la problématique de la coordination de la kinésithérapie en EHPAD. J'ai aussi discuté avec un conseiller en management.

D'abord j'exposerai les données recueillies, puis je ferai un résumé des problèmes posés, suivra une description de la situation idéale, pour finir avec des idées d'actions à mener. Faute de temps, mais aussi de fonction appropriée, cette dernière partie est restée théorique.

### 3) { TC "3) Données " \ 1 } **Données :**

#### 3.1 { TC "3.1 Présentation de l'EHPAD : " \ 2 } **Présentation de l'EHPAD :**

L'EHPAD des 4 vents est un établissement associatif intercommunal de 60 lits, ouvert fin janvier 2009.

GMP 614.

Personnel : Directeur : 1 TP (temps plein) ; Secrétaires 2 TP; Médecin Co : 0,30 TP; Infirmière Co : 0,40 TP; IDE : 2,60 TP; AS : 12 TP; ASH : 15 TP; Psychologue : 0,50 TP; Animatrice : 0,50 TP; cuisine : 5,49 TP; Total : 39,8 TP.

L'EHPAD est informatisée avec le programme TITAN : dossiers des résidents avec accès aux données plus ou moins restreint, suivant l'identification de l'utilisateur. Intervenants libéraux : vingt deux médecin généralistes; cinq kinésithérapeutes ; une orthophoniste; et huit Podologues.

La salle d'origine dédiée à la kinésithérapie mais pas encore équipée, a été attribuée à l'usage de l'animatrice.

#### 3.2 { TC "3.2 Entretiens avec les kinésithérapeutes de l'EHPAD : " \ 2 } **Entretiens avec les kinésithérapeutes de l'EHPAD :**

Premièrement les techniques de prise en charge même de l'aide à la marche différent beaucoup

Spontanément, ils ne formulent pas de plaintes, ni de demandes spécifiques.

Avec insistance :

K1: soigne environ 15 résidents.

Il n'a pas été accueilli et informé du fonctionnement EHPAD.

Il n'a pas besoin de matériel. Il y a partout des rampes et une rampe unilatérale lui suffit.

Il à l'impression que personne ne fait de suivi entre les séances.

Il n'est pas tenu informé des absences : cela ne lui pose pas de gros souci puisqu'il suit plusieurs résidents.

La motivation des résidents n'est pas toujours présente, et peut être leur être préjudiciable.

K2 : soigne environ 15 résidents

Il n'a pas été accueilli et informé du fonctionnement EHPAD.

Il aimerait pouvoir communiquer, laisser des consignes aux AS, ASH, par exemple, par une pancarte dans la chambre pour avoir un travail intermédiaire du résident entre ses passages.

La motivation des résidents n'est pas toujours présente, et est un élément décisif dans sa progression.

Il aimerait pouvoir faire la kinésithérapie respiratoire avant le repas.

Il n'a pas besoin d'une salle de kinésithérapie, mais utiliserait occasionnellement les barres parallèles et la table de verticalisation.

Il aimerait pouvoir sortir sur la terrasse ou dans jardin, mais les portes sont souvent fermées (problème de sécurité en cours de résolution).

K3 : ne soigne qu'un résident.

Il n'a pas besoin de matériel.

Il est content du contact informel.

Il n'a qu'un patient et ne veut pas de nouveaux patients dans l'EHPAD, par crainte de ne plus avoir le temps de faire un travail satisfaisant.

K4 : Soigne deux résidents.

Vient une fois par semaine le Samedi, n'a pas le temps de venir plus souvent; ne fait pas beaucoup de domicile par choix.

Content de l'ambiance, pas de problèmes, patients motivés et content de le voir n'a pas encore vu le Médecin coordinateur.

Pour les patients qu'il voit : pas besoin de matériel ni de salle.

Il se demande si les soignants sur place ne pourraient pas faire plus d'entretien à la marche. Ils n'ont peut être pas le temps, mais, s'ils le faisaient, cela lui permettrait de se consacrer aux actes kinésithérapiques plus techniques, pour une meilleure efficacité.

Il trouve que les bilans écrits sont une perte de temps, devrait les faire le soir après le travail. Transmet des informations oralement par téléphone, si besoin.

### 3.3 { TC "3.3 Entretien avec le Médecin Coordinateur " \l 2 } **Entretien avec le médecin coordinateur :**

Il attend une amélioration de l'équilibre, de l'autonomie, et l'apprentissage du relevé du sol. Un mieux être pour la personne âgée.

Il apprécierait que les bilans soient rentrés dans les dossiers informatisés, avec formulation des objectifs, relevé des problèmes rencontrés, et une motivation d'un éventuel renouvellement avec le projet de prise en charge.

Il a une charge de travail importante cette première année d'ouverture. De ce fait il n'a pas encore eu le temps d'inviter les kinésithérapeutes pour un apprentissage travail avec Titan, et un dialogue autour de leurs interventions.

Il n'a, pour sa part, pas eu de retour négatif concernant les passages des

kinésithérapeutes.

**3.4** { TC "3.4 Entretien avec l'Infirmière coordinatrice" \ 2 } **Entretien avec l'infirmière coordinatrice :**

Pour l'infirmière coordinatrice le kinésithérapeute doit guider le résident vers l'autonomie; par exemple par un ré apprentissage de la marche, des transferts, du relevé du sol.

Pour les résidents grabataires, ils doivent lutter contre les douleurs, contre les rétractions, ce qui augmente le bien être du résident et facilite les soins.

Les kinésithérapeutes pourraient aider à la formation du personnel pour l'aide à la marche.

**3.5** { TC "3.5 Entretien avec les infirmières " \ 2 } **Entretien avec les infirmières**  
:

Pour les infirmières, les kinésithérapeutes passent souvent en coup de vent. Elles sont conscientes que les résidents ne sont pas tous spontanément motivés. Elles trouvent qu'il y a un problème de communication. Les kinésithérapeutes n'écrivent quasiment rien dans le classeur de transmissions. Ils font juste oralement savoir quand ils ont besoin d'un renouvellement d'ordonnance.

**3.6** { TC "3.6 Entretien avec la psychologue" \ 2 } **Entretien avec la psychologue :**

Le problème de la motivation est en partie un problème de projection dans le temps. La personne âgée a besoin de temps pour pouvoir comprendre ce qui est proposé et pour s'approprier le projet d'activité.

Bousculer la personne âgée amène à des résistances, qui sont de fait des preuves de désir d'autonomie, des façons de dire « j'existe »

**3.7** { TC "3.7 Entretien avec la Directrice" \ 2 } **Entretien avec la directrice :**

Elle ne s'autorise pas d'avoir des attentes vis-à-vis des kinésithérapeutes, elle estime qu'elle n'a pas de regard à avoir sur leur travail.

Après explication de la motivation de ce mémoire, la directrice partage son impression que les passages des kinésithérapeutes lui paraissent souvent rapides (elle les voit entrer et sortir de l'établissement) mais estime aussi que c'est aux médecins prescripteurs de surveiller la qualité du travail des kinésithérapeutes. Elle voudrait que les kinésithérapeutes passent en tenant compte des horaires de l'EHPAD (repas).

Une réunion avec les intervenants libéraux est prévue afin de proposer un conventionnement.

La salle de kinésithérapie a été transformée en salle d'animation puisqu'elle n'était pas utilisée ou demandée par les kinésithérapeutes.  
La directrice n'est pas motivée pour acheter du matériel comme une table de verticalisation ou des barres parallèles puisqu'il n'y a plus de place pour mettre ce matériel.

### **3.8** { TC "3.8 Entretiens avec des kinésithérapeutes intervenant dans d'autres EHPAD" \1 2 } **Entretiens avec des kinésithérapeutes intervenant dans d'autres EHPAD :**

La motivation des résidents est un problème, mais la motivation se travaille, et se contourne par le dialogue.

La personne âgée est fatigable : il est préférable de faire des séances fractionnées. Ceci est facilement organisable si plusieurs résidents sont pris en charge dans l'établissement par le même thérapeute.

La durée officielle des séances est souvent trop longue pour la personne âgée. D'autre part les séances sont peu rémunérées pour le kinésithérapeute, s'il suit à la lettre la nomenclature.

L'un dans l'autre il y a moyen de faire du bon travail sans devoir devenir philanthrope.

L'autre alternative de solution à ce problème est la pratique de dépassements d'honoraires, ce qui sort aussi du conventionnement.

### **3.9** { TC "3.9 Entretien avec des kinésithérapeutes institutionnels" \1 2 } **Entretien avec des kinésithérapeutes institutionnels :**

La personne âgée est fatigable il ne faut pas faire de longues séances.

Le fait d'être salarié, ne garantit pas la qualité et quantité de travail fait par les kinésithérapeutes.

Il y a des formations spécifiques de la prise en charge kinésithérapique chez la personne âgée.

Il est important de informer TOUS les intervenants (famille, amis, AS, AHS, IDE, médecins) des conduites à tenir par exemple, dans les syndromes de désadaptation. Certains gestes vont anéantir le travail des kinésithérapeutes.

Le travail en salle et en groupe peut être intéressant. Il y a un effet d'entraînement, de motivation, des uns envers les autres. Pour certains exercices les barres parallèles et la table de verticalisation sont très utiles.

### **3.10** { TC "3.10 Réflexions autour des passages des tests de Tinetti chez les résidents" \1 2 } **Réflexions autour des passages des tests de Tinetti chez les résidents.**

Voir annexe 1

Les résultats chiffrés des tests n'ont pas eu d'intérêt réel pour l'élaboration d'un argumentaire de coordination de la kinésithérapie libérale en EHPAD.

Passer un test assez long et complet m'a permis de mieux connaître la population de l' EHPAD, leurs problématiques, les besoins, les possibilités et les limites. Chez une des résidentes, j'ai constaté la progression de son syndrome de désadaptation au cours des six derniers mois, malgré les séances de kinésithérapie effectuées. Ceci peut être attribuable au kinésithérapeute, mais aussi à des mauvais gestes de la part du personnel ou de la famille, ainsi qu'à la démotivation de la personne elle-même.

Beaucoup de résidents sont mal chaussés. Ceci génère un pourcentage de chute plus élevé. Une attention particulière sur ce point pourrait être apportée dans les projets de vie individuel.

Il n'est pas possible de faire le test de Tinetti complet, chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade évolué. J'ai quand même fait faire les exercices en fonction de leurs possibilités de compréhension.

Deux résidents étaient absents, neuf résidents étaient alités, et quatre souffraient de Maladie d'Alzheimer à un stade trop évolué pour faire le tests de façon chiffrée.

Des 45 autres résidents aucun n'a maintenu son refus de participer au test.

Les quelques refus initiaux étaient tous une expression de désir de maîtrise de soi.

Après écoute de l'expression du refus, écoute des récriminations éventuelles, signification de l'entente de la plainte et du refus, explication du respect de ce choix, ré explication de motivation de la proposition; tout le monde a fini par accepter de participer au test.

La plupart des résidents m'a remercié d'être venue leur faire faire ces exercices.

Il est vrai que cette partie a été chronophage.

### **3.11** { TC "3.11 La nomenclature et tarification actuelles" \l 2 } **La nomenclature et tarification actuelles :**

Les points clefs :

- La nécessité d'entente préalable si plus de 30 séances en 12 mois.
  - Sauf exception explicite, la durée des séances est de 30 minutes.
  - Sauf exception explicite, pour chaque séance s'applique qu'une cotation
  - Il existe une cotation pour l'exécution d'un bilan kinésithérapique isolé de toute prescription de séances.
  - Il existe une cotation pour la pratique d'un bilan kinésithérapique dans le cadre d'une prescription thérapeutique.
    - Elle s'applique à tous les actes thérapeutiques prescrits.
    - Le bilan est adressé au prescripteur, sauf si le nombre de séances est inférieur à 10.
- voir chapitre 3.13 : le bilan kinésithérapique.
- Nomenclatures des actes : voir annexe 2; à remarquer :
    - Il existe une cotation pour la prise en charge kinésithérapique dans le cadre des soins palliatifs. (mobilisation, massages, drainages bronchiques,...)
  - Il existe la possibilité de pratiquer des séances en groupe de maximum 3 personnes. La durée d'une séance de groupe est alors 30 minutes multipliées par le nombre de participants.

Voir annexe 2



### 3.12 { TC "3.12 La formation continue des kinésithérapeutes " \ 2 } La formation continue des kinésithérapeutes :

Il existe des formations conventionnées avec des thèmes concernant la prise en charge de la personne âgée.

Ces formations sont indemnisées (sous conditions) à hauteur de 110 AMK soit 224,4 euros par jour.

### 3.13 { TC "3.13 Le bilan kinésithérapique" \ 2 } Le bilan kinésithérapique:

Perte de temps? Temps volé au patient? Pas selon l'Association Française pour la recherche et l'Evaluation en kinésithérapie : « La majorité des tests demandent un effort physique qui recrute force musculaire, contrôle du geste et concentration. Leur exécution constitue un traitement et non une perte de temps. Les résultats notés par le thérapeute permettent de renseigner le patient sur ses progrès. La marche, une activité fréquente, peut être évaluée en même temps qu'accompagnée. ... »

La Fédération Française des Masso Kinésithérapeutes et rééducateurs a édité une fiche de synthèse d'un bilan diagnostique kinésithérapique, avec son mode d'emploi : voir annexe 3

Contenu des bilans kinésithérapiques:

#### • **BILAN**

- **Déficits structurels** : bilan des déficiences ou anomalies de structures (articulaires, musculaires, douleurs).

- **Déficits fonctionnels** : bilan des incapacités ou dysfonctions.

- **Autres problèmes identifiés par le masseur kinésithérapeute** : concerne les problèmes autres que les déficits structurels ou fonctionnels, associés à la pathologie pouvant interférer avec le traitement ou les résultats. Par exemple faiblesse généralisée et manque d'endurance.

#### • **DIAGNOSTICS KINESITHERAPIQUES ET OBJECTIFS**

A partir des résultats du bilan, le masseur kinésithérapeute pose son diagnostic et fixe les objectifs du traitement.

Le bilan est le reflet de l'état du patient, les objectifs devant s'adapter à cet état. Exemple d'objectifs : récupération de l'état antérieur, préservation des capacités existantes, soins palliatifs.

#### • **PROTOCOLE THERAPEUTIQUE**

Le masseur kinésithérapeute indique le nombre et le rythme des séances, fixés par le prescripteur ou par lui-même, le lieu de réalisation des soins (au cabinet, à

domicile, en établissement), si le travail est effectué en groupe, les techniques mises en oeuvre, en particulier le recours à la balnéothérapie (bassin ou piscine).

Il indique la date de la première séance faisant suite à la prescription médicale.

#### • **CONSEILS**

Le masseur kinésithérapeute indique les conseils éventuellement délivrés à son patient au cours du traitement.

#### • **PROPOSITIONS CONSECUTIVES**

Il s'agit des propositions faites par le masseur kinésithérapeute, notamment :

- \* poursuite du traitement,
- \* fin de traitement au terme normal de la prescription avec éventuellement exercices d'entretien et de prévention,
- \* arrêt du traitement sur décision :
  - soit du masseur kinésithérapeute par modification des données de la pathologie initiale ou manque de participation et d'investissement du patient ;
  - soit à la demande du médecin ;
  - soit par abandon du patient.

#### • **COMMENTAIRES**

### **3.14** \_\_\_\_\_ { TC "3.14 L'analyse financière de l'intervention des kinésithérapeutes en EHPAD." \l 2 } **L'analyse financière de l'intervention des kinésithérapeutes en EHPAD.**

Celle-ci n'a pas été possible à grande échelle. En effet l'URCAM ne fait pas de distinctions spécifiques concernant les personnes domiciliées en EHPAD ou ailleurs.

Les données disponibles sur le site de la DREES dans l'étude sur les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 n'apporte pas non plus de renseignements à ce sujet

Analyse des cotations pratiquées dans notre EHPAD et leur coût:

- Rééducation de 2 membres  
(9,5 AMK = 19,38 euros) 23 sur 30 prescriptions = 59 séances par semaine
- Rééducation respiratoire  
(8AMK = 16,32 euros) 3 sur 30 prescriptions = 5 séances par semaine
- Rééducation à la marche  
(6AMK = 12,24 euros) 4 sur 30 prescriptions = 9 séances par semaine

==> 1335 euros par semaine soit 5340 en 28 jours

**3.15** { TC "3.15 Analyse des durées de temps de présence des kinésithérapeutes dans notre EHPAD" \ 2 } **Analyse des durées de temps de présence des kinésithérapeutes dans notre EHPAD :**

Cette analyse a été faite sur seulement 2 jours les 23 et 26 octobre. Cette démarche avait été envisagée de longue date mais paraissait d'une nature policière et nous mettait mal à l'aise idéologiquement.

Vus les résultats, je pense qu'il est important de ne pas faire des conclusions hâtives, mais de vérifier ces données sur une période plus longue. En tout cas ces résultats sont consternants.

Le 23 octobre :

- un intervenant a émarginé pour 6 patients et est resté 14 minutes.
- un autre intervenant a émarginé pour 9 patients et est resté 14 minutes.

Le 26 octobre :

- un intervenant a émarginé pour 4 patients et est resté 10 minutes.
- un autre intervenant a émarginé pour 10 patients et est resté 48 minutes.

La suite du mémoire a été écrit sans ces informations. Ce qui est probablement heureux pour le développement de la réflexion sortant du cadre local. Dans le post scriptum je commenterai ces résultats.

**3.16** { TC "3.16 Analyse des transmissions dans les dossiers des résidents " \ 2 } **Analyse des transmissions dans les dossiers des résidents :**

Il n'y a pas eu jusqu'à présent d'explication du fonctionnement du dossier informatisé aux kinésithérapeutes libéraux intervenant dans l'EHPAD.

Une fiche de suivi a été mise à disposition dans un classeur. Sur celle-ci les kinésithérapeutes émarginent et, il y a possibilité de laisser des remarques, des propositions de renouvellement de traitement avec leurs modalités prévus. Il n'y a qu'un des kinésithérapeutes qui met occasionnellement une remarque, aucun ne note les propositions de renouvellement. Ces demandes sont oralement transmises aux infirmières, qui transmettent aux médecins traitants.

Aucun des médecins généralistes n'est au courant de l'existence de ce classeur.

**3.17** { TC "3.17 Eléments de management pouvant être utile " \ 2 } **Eléments de management pouvant être utile :**

**comment fixer un objectif efficace : [6]**

Il faut :

1. Qu'ils soient clairement exprimés, concrets, connus de tous ceux qu'ils concernent et écrits.

2. Qu'ils aient du sens et de la valeur : compréhensibles, significatifs
3. Qu'ils soient peu nombreux avec un ordre de priorité
4. Qu'ils soient énoncés en terme de résultats à obtenir
5. Qu'ils soient mesurables ou observables avec des indicateurs de mesures définis
6. Qu'il y ait un calendrier : délais, étapes, échéances
7. Qu'ils soient faisables et stimulants : possibles à réaliser, accompagnés des moyens nécessaires avec une part de défi à relever
8. Qu'ils soient cohérents par rapport à l'entreprise, au service et à la définition du poste de la personne
9. Qu'ils soient sans effets pervers (par exemple gagner en rapidité MAIS perdre en qualité)
10. Qu'ils soient contrôlés avec des points de contrôle à des dates fixées.

ou être SMART :

Spécifique

Mesurable

Acceptable

Réalisable

Temps définis

## **Développer l'intelligence des situations professionnelles [6]**

- C'est saisir les tenants et les aboutissants d'une situation. :
- C'est la replacer dans son contexte.
- Différencier un certain nombre d'éléments constitutifs d'une situation

*Ici : qu'en est il vraiment de ces plaintes, j'aurais dû approfondir les plaintes dans la foulée. Qui? combien de temps? Était-ce une impression de temps court ou un temps mesuré? Si une tierce personne se plaint, était elle présente? À chaque fois?,... Est-ce parce que le thérapeute est venu pendant un moment inopportun? (pendant le feuilleton préféré) Est-ce parce que les progrès ne sont pas comme espérés par la famille? Y a-t-il des témoins?*

*Faire la part des choses entre les FAITS, les INTERPRÉTATIONS et les RESENTIS des plaignants.*

*Analyser mes propres ressentiments :*

*« Pourquoi moi je bosse comme une demeurée et lui se la coulerait douce, sur le dos des résidents? »*

*Essayer de confronter les point de vue.*

*Pendant une transmission par exemple, on essaye de corroborer les dires d'un résident, et / ou d'un membre de la famille.*

*Demander un entretien avec le kinésithérapeute en question écouter sa version des faits. Il peut s'agir d'une incompréhension. Une confrontation des points de vue peut alors mener à un consensus.*

*Essayer de replacer la situation dans son contexte.*

*Qu'est-ce qui s'est passée ce jour là : en regardant le calendrier des activités, en lisant les transmissions de ce jour là (le voisin a eu un malaise et tout le monde s'est occupé de lui pendant 3 heures) en interrogeant les aides soignantes.*

Il faut donc :

- a. Poser les faits.
- b. Faire partager les interprétations : chaque interprétation contribuant à la compréhension de la situation.
- c. Faire nommer les ressentis de telle sorte que les personnes puissent prendre un peu de distance par rapport à leur ressentis et regagnent de la liberté pour penser.

Remarques :

- a. En position hiérarchique, on a le pouvoir d'imposer son interprétation même si elle ne prend pas en compte l'ensemble des éléments de la situation mais il n'y aura pas d'adhésion à cette vision des choses. Les membres du personnel vont plier sous la force mais dès qu'ils auront la marge, ils détourneront la décision prise (même sur un mode clandestin).
- b. On regarde la situation à travers un prisme déformant qui est celui de notre éducation, de notre culture, de notre histoire de vie. Cette manière de penser le monde oriente nos ressentis. Il n'y a pas de ressentis à l'état pur.

### **Construire des règles : [6]**

Ni le médecin coordonnateur, ni le directeur ne peuvent fonctionner sur la base simple d'un positionnement hiérarchique extrêmement défini et sur une répartition simple des responsabilités. Il y a un flou dans le positionnement et un recouvrement des zones de responsabilité. La réglementation n'est pas claire. **On est donc condamné à construire ensemble son système de règles** puisque « les règles du jeu » ne sont pas données de l'extérieur par la loi. Il faut également co-construire les règles avec les confrères libéraux compte tenu de la culture du milieu. Le mode autoritaire ne permet pas de fonctionner. **Il faut construire les règles avec ceux avec lesquels on va les appliquer.**

C'est parce que l'on va co-construire le système de règles que l'on aura ensuite une légitimité à les faire respecter.

Sinon, on est soit dans un mode conflictuel autour du pouvoir, soit dans le mode de la séduction dans lequel on risque « d'avaler des couleuvres » pour obtenir peu de choses.

Les fonctions et les responsabilités du médecin coordonnateur sont très intriquées avec celles des confrères libéraux, des cadres soignants et de la direction. C'est extrêmement difficile à clarifier et la loi est peu explicite. Mettre un médecin directeur des médecins est culturellement encore jugé dangereux.

Comme il n'y a pas de règles externes, on est condamné à les construire, ce qui n'est pas plus mal. Le management par le médecin coordonnateur est certes plus complexe que le management autoritaire par la règle externe mais plus évolué. Dans le cas de l'EHPAD, un découpage trop rigide des fonctions ne colle pas à la réalité.

Il est intéressant de construire les règles avec les acteurs qui vont devoir les mettre en œuvre et les appliquer.

## **Etre sûr de sa compétence [6]**

Une personne qui n'est pas sûre de sa compétence ne donne pas à l'autre de la visibilité sur la façon dont elle aboutit à prendre les décisions. On sait que quelqu'un est sûr de sa compétence lorsqu'il a une capacité à considérer les erreurs qu'il fait de façon tranquille. C'est accepter que l'on ne connaît pas tout et que l'on ne prend pas toujours la meilleure décision possible.

Le positionnement par rapport à l'erreur est intéressant à observer dans la maturité professionnelle d'une personne.

Aux deux extrêmes, deux positionnements sont possibles :

- à un bout de l'axe, on a un déni de l'erreur « ce n'est pas moi, ce sont les autres », on dénie sa responsabilité sur l'erreur et on la projette sur les autres en considérant tout le monde fautif sauf soi-même. Sur cet axe on confond souvent erreur et faute (on ne parle pas d'erreur mais de faute).

- à l'autre bout de l'axe, on a un excès de culpabilité.

A un bout de l'axe, la personne refuse, à l'autre bout, elle s'aplatit.

La différence entre l'erreur et la faute : très souvent, il y a un glissement sémantique et psychologique de la notion d'erreur à la notion de faute. Très souvent, on ne parle pas d'erreur mais on parle de faute (les fautes d'orthographe). On assume ses erreurs alors que l'on doit se faire pardonner ses fautes. Le vocabulaire transporte avec lui quelque chose de particulier dans le domaine de la culpabilité.

Ce qui est attaqué à travers les fautes, c'est la personne comme si elle avait quelque chose de déficient. Ce qui est regardé dans l'erreur, c'est la situation. Ainsi, on attaque les personnes plutôt que de pointer les éléments de la situation qui sont déficients. Cette confusion est fréquente. « Ne pas être d'accord sur ce que tu fais est différent de ne pas être d'accord sur ce que tu es ».

Il faut se poser la question : comment l'erreur s'est-elle construite ? La question de la responsabilité viendra ultérieurement (ou encore l'insuffisance des uns et des autres ou le manque de compétence). On peut remédier à un manque de compétence par un apprentissage adéquat. Si on est dans l'insuffisance professionnelle (la négligence), on aura recours au système disciplinaire, en disant à la personne qu'il n'est pas acceptable qu'elle se comporte comme cela dans cette situation là.

## **Créer un climat social positif [6]**

Une appréciation juste des problèmes, des réponses adaptées, un positionnement personnel bien évalué favorisent l'ambiance de travail positive et une activité efficiente.

## **Bien déléguer : [6]**

Définir l'activité déléguée avec ses limites.  
Fixer des objectifs définis de résultats et de qualité.  
Préciser les modalités d'information  
Assurer du conseil et du soutien.  
Définir les modalités de contrôle et d'évaluation de la délégation.  
Préciser les contreparties positives liées à la réalisation satisfaisante de l'activité déléguée.

Mais aussi savoir ne pas accumuler inutilement « des singes sur ses épaules »  
Quand une personne vient vous voir avec un problème, (un singe sur son épaule)  
ne pas dire de suite « je sais résoudre ce problème donc je vais le faire » (prendre le singe sur son épaule), mais :

Se demander ce qui manque à la personne pour pouvoir le résoudre elle même.

Lui indiquer l'information manquante, ou l'endroit où la trouver.

Demander si elle voit comment résoudre le problème maintenant, et lui demander de le faire. (renvoyer la personne avec son singe).

c'est le point « assurer du conseil et du soutien » du paragraphe « bien déléguer ».

### **Le manager articule et combine les différentes dimensions qui suivent : [6]**

1 – Une vision partagée (dimension philosophique)

2 – Une stratégie (dimension politique)

3 – Une action collective (dimension pragmatique)

### **Analyser les résistances au changement [5]**

Les sentiments qui augmentent les résistances au changement sont entre autres : la colère, l'orgueil, le pessimisme, l'arrogance, le cynisme, le panique, la fatigue, l'insécurité, et l'anxiété.

Les sentiments qui augmentent les chances de réussite au changement sont entre autres :

La confiance, l'optimisme, le sentiment de besoin, la fierté, la passion, l'espoir, et l'enthousiasme.

### **Rendre le changement possible : [5]**

Le Processus de changement a 8 points :

1. Créer le sentiment de besoin de changement, pas en expliquant que le changement est important mais en démontrant par les faits qu'il est indispensable. Il ne faut pas seulement s'adresser au cerveau de son interlocuteur mais aussi à sa sensibilité, ses sentiments.

2. Réunir une équipe de pilotage. Celle-ci comptera des personnes dirigeantes mais aussi d'autres employés impliqués et motivés par le changement. Les idées doivent venir de tous les niveaux.

3. Une fois que vous avez créé le besoin et l'équipe de pilotage, il faudra créer une vision motivante.

4. Partager cette vision et le besoin urgent de changement honnêtement, clairement, passionnément. Faire de la place pour l'expression des résistances : l'anxiété, le cynisme, ... les entendre, les analyser.
5. Pointer des obstacles comme des attitudes cyniques, des vieilles procédures ou manque de renouveau. Enlever les barrières de résistance au changement.
6. Mettre en avant des changements possibles à court terme afin de créer de l'espoir et de l'énergie. Les petites victoires ne doivent pas mener à la complaisance.
7. Garder le but final en vue, éviter l'épuisement, rester à l'écoute, et réévaluer les priorités en fonction de la vision motivante.
8. Institutionnaliser les nouveaux comportements, attitudes et procédures.

### Créer un « Burning platform »

- Sur les plateformes pétrolières, les règles de sécurité depuis toujours sont, s'il y a du feu, de se regrouper à un endroit de la plateforme et d'attendre les secours, surtout ne pas sauter dans l'eau. Un jour où il y a eu un feu, et voyant que les secours n'arriveraient pas à temps, une partie du personnel a opté pour le changement : sauter à l'eau. C'étaient les seuls survivants.
- Une fois que vous avez atteint un consensus autour du besoin urgent de changement, de la vision vers où le changement doit mener, des modalités sur comment y aller, le changement doit se mettre en route. Les intervenants doivent sauter le pas. Pour cela il faut clairement énoncer que le changement est impératif. Dans la métaphore : mettre le feu à la plateforme. Les personnes qui ont participé au consensus de façon hypocrite ou les cyniques, doivent savoir que des sanctions seront prises.

## 4) { TC "4) Les problématiques rentrant en ligne de compte" \l 1 } **Les problématiques rentrant en ligne de compte**

- Les kinésithérapeutes n'ont pas été accueillis, n'ont pas été accompagnés. Ils n'ont eu aucune information sur le fonctionnement de l'EHPAD. Ils ont logiquement fait, comme ils ont voulu faire.
- Il existe une demande de soins kinésithérapiques importante vis-à-vis de l'offre de soins, ce qui entraîne une difficulté dans la mise en concurrence. Ceci est un faux problème, mal fait n'est pas forcément mieux que pas fait.



- Chacun des intervenants dans l'EHPAD a des attentes plus ou moins avouées, en fonction de ses propres priorités, en fonction de sa fonction dans l'établissement. La priorité du bien être du résident devrait être la priorité commune à tous les intervenants.
- Les modalités techniques de la kinésithérapie diffèrent de praticien à praticien. Il est difficile pour un médecin coordinateur de juger de l'opportunité de telle ou telle technique.
- Le manque de motivation de la personne âgée est vécu comme un frein à la meilleure prise en charge.
- Une rémunération à l'acte peut être à l'origine d'une amorce de non respect de la nomenclature, pente sur laquelle il faut savoir ne pas glisser. Avec comme conséquences :
  - Le non respect généralisé, culturel sur le secteur, de la transmission écrite du bilan kinésithérapique
  - Le raccourcissement de la durée des séances : jusqu'où?
  - Les traitements en grands groupes : respect de la personne ?
- Le manque de matériel et de salle dédiée, pourrait devenir un problème en cas de demande de la part des kinésithérapeutes.
- La perte de temps avec les saisies informatiques. Il y a déjà des files d'attente, certaines journées entre le médecin coordinateur, les médecins traitants, les infirmières et aides soignantes.
- Il faut veiller à éviter l'effet pervers de l'évaluation sur des bases administratives. Une bonne tenue de dossier administratif n'est pas équivalent à un bon travail de terrain.

## 5) { TC "5) La situation idéale pour le médecin coordinateur " \l 1 } **La situation idéale pour le médecin coordinateur :**

Les Médecins Traitants ne prescrivent pas un bilan kinésithérapique à tous les résidents.

Les résidents accueillent à bras ouverts les kinésithérapeutes.

Le kinésithérapeute fait un bilan avec un diagnostic des déficits structurels, fonctionnels et leurs désavantages.

Le kinésithérapeute propose un protocole thérapeutique au résident, et négocie avec lui les objectifs.

Le kinésithérapeute notifie dans le dossier informatisé, le bilan et les objectifs.

Le kinésithérapeute vient pratiquer les séances en-dehors des heures de repas, toilette, goûter, sieste, et autres activités d'animation.

Le résident est motivé pour participer aux séances, qui durent 30 minutes.  
Les aides soignantes et les agents d'hôtellerie demandent au kinésithérapeute ce qu'ils peuvent faire et quels sont les gestes à ne pas faire pendant la période entre deux séances.

Le kinésithérapeute leur explique, et les soignants appliquent les consignes.  
Les objectifs du bilan sont atteints, et le kinésithérapeute écrit le bilan final, avec au besoin une nouvelle proposition de prise en charge et ses modalités, négociées avec le résident.

#### Objections :

Les Médecins Traitants ne prescrivent pas de bilan à tous les résidents qui pourraient en avoir besoin.

Tous les résidents n'accueillent pas les kinésithérapeutes à bras ouverts.

Les kinésithérapeutes n'ont que deux heures par jour pour venir sans déranger du tout, cela fait un maximum de vingt séances par kinésithérapeute par semaine à raison d'une moyenne de trois séances par semaine cela ferait un maximum de six résidents pris en charge par kinésithérapeute ; deux des kinésithérapeutes ne veulent pas prendre autant de patients, donc sur un total de 2,5 kinésithérapeutes cela ferait au maximum quinze résidents pris en charge!

Le résident n'est pas toujours motivé et ne peut pas être en phase active pendant trente minutes.

Les soignants pensent savoir comment faire et ne demandent donc pas ce qu'ils peuvent faire et comment.

Les kinésithérapeutes ne leur imposent pas les explications.

Les kinésithérapeutes n'écrivent pas de bilans, ne négocient pas toujours leurs interventions avec les résidents

6) { TC "6) La situation actuelle et la situation souhaitée" \ 1 } **La situation actuelle et la situation souhaitée**

Le constat / but est ce qui se passe.

L'action est comment cela se passe.

Le résultat est ce qui est observable.

Les conséquences sont ce qui est plus implicite, cela relève plus des valeurs.

	Constat / But	Action	Résultat	conséquences
Situation actuelle	*Kinésithérapeute passe	*Certains peu de temps *Sentiment de peu d'implications *Pas de communication	*Pas toujours positif  *Pas de bilan disponible	*Coût pour la société *sentiment d'inutilité *moins de bien être *conflit avec valeurs EHPAD
Situation souhaitée	Collaboration des soignants salarié et libéraux	*Intervention kinésithérapique effective *Contacts entre soignants *Transmission bilan Intérêt mutuel	*Motivation patient *Motivation kinésithérapeute  *bilan disponible	*Bien être du résident *meilleure communication *information retrouvable

7) { TC "7) Les différents types d'action" \ 1 } **Les différents types d'action**

**7.1** { TC "7.1 La nécessité d'être sûr de ses compétences" \ 2 } **La nécessité d'être sûr de ses compétences** (voir page 13) :

L'acquisition d'une expertise administrative : concernant la nomenclature (voir pages – ), les rémunérations. (annexe 2) et les bilans (annexe 3)  
Indispensable pour formuler des attentes administratives cohérentes.

L'acquisition d'une expertise clinique : connaître les résidents (voir page 7), indispensable si on veut pouvoir discuter concrètement avec les kinésithérapeutes, d'objectifs, de progression, ou de qualité de travail.

L'acquisition d'une expertise technique : [1] difficile à acquérir rapidement sauf à être passionné par la matière. Il est par contre possible de se faire conseiller par un ou plusieurs experts dans la matière. Les formateurs des écoles de kinésithérapie, des formations continues conventionnées, les kinésithérapeutes travaillant dans les services de gériatrie et recommandé par le gériatre.



## 7.2 { TC "7.2 Des Modalités de management" \ 2 } **Modalités de management**

{ TC "7.2.2 Transmission des attentes envers les kinésithérapeutes" \ 3 } { TC "7.2.1 Favoriser une dynamique positive." \ 3 } **7.2.1 Favoriser une dynamique positive.**

(Augmenter les sentiments de confiance, optimisme, le sentiment de besoin, fierté, passion, espoir, et enthousiasme.)

- ar le biais d'une formation démonstrative pour le personnel autour des bienfaits et les modalités de la kinésithérapie en EHPAD, pour le résident et pour le personnel soignant (créer un sentiment de besoin de changement chez le personnel). P
- réer un groupe de travail pour accompagner le changement. Composé de personnes enthousiastes et créatives de tous les niveaux hiérarchiques. Cela dégagera plus d'idées que celles exposées ici, plus adaptées à la situation spécifique. Proposer aux kinésithérapeutes d'y participer. C
- ntégrer la kinésithérapie dans le projet de vie du résident, s'il en a besoin. I
- réer une vision de la situation idéale avec ce groupe de travail. C
- roposer aux kinésithérapeutes de participer à des formations pour le personnel en tant qu'experts (renforce le sentiment de confiance et de fierté). P
- ncourager le personnel à demander des conseils de conduite à tenir entre les séances : par exemple comment lutter contre la rétro pulsion, demander des explications sur le protocole. (fierté et passion, enthousiasme) E
- ncourager le personnel à transmettre les bienfaits ressentis grâce aux séances (confiance, enthousiasme). E
- e soi-même valoriser les thérapeutes pour le travail fait, directement, mais aussi auprès des résidents et leur famille. D

### **7.2.2 Transmission des attentes envers les kinésithérapeutes :** (voir page 10)

Accueil individuel des intervenants : dans le cadre d'un dialogue convivial, en restant à l'écoute des remarques, résistances, et propositions, transmission de la vision motivante développé par l'équipe de pilotage. Par exemple :

- L

es horaires de l'EHPAD, quand peuvent intervenir les kinésithérapeutes.

- a garantie du libre choix des résidents ou/et leur famille concernant leur kinésithérapeute, (créer un sentiment de sécurité) L
- e fonctionnement du dossier du résident et les modalités de transmission des informations, +/- rappel nomenclature si objections. (= créer un sentiment de besoin) (La transmission du bilan n'est a priori pas un point de négociation, les modalités de transmission peuvent l'être.) L
- a nécessité du respect de la personne, de la « bienveillance » : Afin de préparer le résident à sa séance de kinésithérapie, il est demandé de lui laisser un planning avec les dates et horaires des prochaines séances. En cas de contretemps dans la mesure du possible il est souhaitable que l'infirmière soit avertie, qui transmettra aux résidents. (communication sur les valeurs de l'EHPAD et les principes d'action) Il faut du temps à la personne âgée pour comprendre et adhérer à ce projet. L
- 'importance de transmettre des informations sur d'éventuels constats de dysfonctionnements. (idem) L

Avec transmission d'un document écrit sur les objectifs et modalités de fonctionnement et date de rendez vous pour une évaluation avec les critères d'évaluation (SMART) dans la mesure où les autres dynamiques doivent se mettre en route en parallèle il faudra faire un calendrier ni trop serré ni trop lointain.

Invitation à une réunion d'information collective de tous les kinésithérapeutes du secteur, voire plus large. Ceci peut motiver des praticiens non intervenant dans l'EHPAD à faire connaître leur motivation à venir travailler dans l'établissement.

### { TC "7.2.3 Favoriser la communication" \ 3 } **7.2.3 Favoriser la communication**

- es kinésithérapeutes vers les autres soignants sur les conduites à tenir entre les séances. Cela peut se faire par le biais de transmissions écrites dans le dossier du résident, ou par le biais de la messagerie interne, par l'élaboration en commun de protocoles et leur diffusion. D
- es autres soignants vers les kinésithérapeutes par la messagerie interne, mais aussi oralement. D
- rovoquer des rencontres informelles et conviviales où peut être dit ce P

- qui est difficile à écrire.
- aider à résoudre les difficultés rapportées par les kinésithérapeutes (soutien dans l'exécution des objectifs).

A

{ TC "7.2.4 Favoriser la participation aux formations continues concernant la personne âgée " \ 3 } **7.2.4 Favoriser la participation aux formations continues concernant la personne âgée**

( Augmenter la motivation, la passion, l'enthousiasme, la fierté; et le soutien dans les objectifs)

- n vous informant des formations, conventionnées ou non, et en transmettant les informations. E
- n facilitant l'inscription voire en trouvant des subventions par le biais des réseaux de santé. E
- n organisant des petites formations ponctuelles en interne. Par exemple autour du sujet de la motivation de la personne âgée, avec la psychologue de l'EHPAD. E

{ TC "7.2.5 Organisation d'un contrôle social responsable " \ 3 } **7.2.5 Organisation d'un contrôle social responsable**

Si les résidents, leurs familles, ou des soignants, se plaignent de la qualité de travail du kinésithérapeute.

Savoir questionner les qui quoi, quand, comment. Faire la part des choses : les faits, les interprétations, les ressentis, remettre dans le contexte, et partager ces données avec les plaignants (avoir l'intelligence de la situation). Informer les résidents, leurs familles, et les soignants, sur les modalités conventionnelles de la prise en charge kinésithérapique, rappeler que les résidents ont le libre choix de l'intervenant (informer sur les faits) mais qu'ils ne peuvent pas juger de la situation sans avoir contacté le kinésithérapeute pour demander des explications.

Demander un retour sur cet entretien (c'est « renvoyer le singe sur l'épaule du plaignant, » mais aussi créer un « burning platform » pour le kinésithérapeute).

{ TC "7.2.6 Contrôle par le médecin coordinateur " \ 3 } **7.2.6 Contrôle par le médecin coordinateur**

(Evaluer les objectifs)

Vous pouvez suivre les bilans inscrits dans le dossier du résident. Cela vous permettra de :

- Donner un retour positif ou négatif aux kinésithérapeutes sur leur travail administratif. D

- Demander des explications, se montrer intéressé sur le travail fourni. Vous pouvez suivre cliniquement les résidents, afin de confronter les écrits avec la réalité. D

Vous pouvez garder un suivi des remarques des résidents, soignants et familles, dans le détail : les faits, les interprétations et les ressentis, le contexte.

Assister soi-même à une séance de kinésithérapie (disposer des faits).

Demander à l'hôtesse d'accueil de chronométrer le temps de présence du thérapeute dans l'EHPAD. (disposer des faits)

### 7.2.7 { TC "7.2.7 Créer un « burning platform »" \l 3 } **Créer un « burning platform »**

Organiser une réunion de synthèse avec communication des résultats du groupe de travail, partage des objectifs et modalités, en expliquant clairement que maintenant la mise en route est lancée et que le non respect des règles élaborées en commun sera sanctionné.

### { TC "7.2.8 En cas de dysfonctionnement : " \l 3 } **7.2.8 En cas de dysfonctionnement :**

Si des informations concordantes et précises de dysfonctionnement concernant un intervenant kinésithérapeute sont avérées, on doit :

- voir recours à un entretien individuel avec confrontation des faits, rappel des règles de « bientraitance », de la nomenclature. Rappeler les nouvelles règles mises en application. a
- Si par manque de conscience professionnelle du kinésithérapeute, le résident est lésé, le recours à une procédure disciplinaire doit être envisagé. S
- Informer votre direction. A
- Informer le résident et la famille de l'impossibilité d'obtenir une coopération acceptable. I  
(appliquer le « burning platform »)

### { TC "7.2.8 Institutionnaliser le changement" \l 3 } **7.2.8 Institutionnaliser le changement :**

Mettre en protocoles et procédures les nouvelles règles qui ont montré leur fonctionnalité. Rendre culturel ce qui a été inventé et prouvé son efficacité.



Par exemple :

- Comment accueillir un nouveau kinésithérapeute. C
- Que qu'une nouvelle AS, ASH, IDE doit savoir autour de la prise en charge kinésithérapique. C
- Comment on informe les résidents et leur famille sur la prise en charge kinésithérapique. C

## 8) { TC "8) Conclusion " \ 1 } Conclusion :

J'étais partie pour composer une liste d'arguments afin de pouvoir imposer un changement de pratique concernant la kinésithérapie dans un EHPAD. Je me suis rendue compte que cela n'était que la moitié (le dixième ?) du travail. J'ai ensuite réfléchi sur une méthode de travail, des pistes pour obtenir ce changement. Il serait certainement intéressant d'essayer de mettre en oeuvre ces actions. Pour cela il me manque deux choses :

- La légitimité : je ne suis plus médecin coordinateur.
- Le temps : entre la mise en route et une première évaluation de l'efficacité, il me faudrait encore trois à six mois.

Par ailleurs l'efficacité des propositions ne dépend pas seulement d'elles-mêmes, mais aussi du savoir être du manager. Analyser ses propres comportements de management est une activité enrichissante, parfois confrontante et pénible. Spontanément, et en pensant faire le contraire, je partais sur un mode de management qui se serait avéré être hiérarchique, et dans cette situation, complètement inefficace. L'enfer est pavé de bonnes intentions. En ayant pris le temps de penser le sujet, une autre voie s'ouvre. J'espère que cette réflexion sera utile à d'autres.

Post scriptum :

L'information sur la durée des passages des kinésithérapeutes est arrivée après l'achèvement de ce mémoire. Je pensais qu'elle améliorerait la justification de mon sujet. Si ma première réaction était de voir dans ces résultats la preuve de l'inutilité de ce mémoire, rapidement j'ai pensé le contraire. Il faut continuer à analyser : les faits, les impressions, les ressentis.

Si ces données se confirment, ces comportements relèvent d'au moins deux infractions :

- La maltraitance : en effet le fait de priver quelqu'un de soins jugés utiles lui porte préjudice.
- Le vol : la sécurité sociale, c'est l'argent de tout le monde. Se faire payer des actes qu'on n'a pas faits, c'est du vol.

Réfléchir selon le schéma proposé évitera de perdre du temps. Une des propositions entendues dans la discussion autour de ces résultats à été « on n'a

qu'à les faire pointer ». Je ne pense pas que c'est une solution qui va emmener ces personnes à venir travailler avec plus de motivation. Les faits soupçonnés sont graves. Prendre le temps de les corroborer est important. S'ils s'avèrent exacts cela relève de la justice. Si les faits ne sont pas exacts, les propositions faites restent valables.

{ TC "Annexes" \ 1 } **Annexes**

{ TC "Annexe 1 Evaluation de l'équilibre : test de Tinetti" \ 2 } **Annexe 1**

Evaluation de l'équilibre: test de Tinetti

:<http://www.masef.com/scores/equilibretesttinetti.htm>

**Evaluation de l'équilibre statique**

"1-Equilibre assis droit sur une chaise" : Ferme et stable

"2-Le patient se lève d'une chaise" : Se lève sans l'aide des bras

"3-Equilibre debout, juste après s'être levé" : Ferme et stable

"4-Equilibre debout, les yeux ouverts, les pieds joints" : Ferme et stable

"5-Equilibre debout, les yeux fermés, les pieds joints" : Ferme et stable

"6-Le patient effectue un tour complet sur lui-même" : Ferme et stable, pas fluides

"7-Capacité à résister à trois poussées successives en arrière, les coudes joints sur le sternum" : Stable, résiste à la pression

"8-Equilibre après avoir tourné la tête dans tous les sens" : Pas d'instabilité, tourne la tête dans tous les sens

"9-Debout sur une seule jambe pendant plus de cinq secondes" : Tient 5 secondes sans se tenir

"10-Equilibre en hyperextension de la tête en arrière" : Bonne extension sans se tenir ni chanceler

"11-Le patient essaie d'attraper un objet qui serait au plafond" : Peut attraper l'objet sans se tenir

"12-Le patient ramasse un objet posé à terre devant lui" : Attrape l'objet et se relève sans s'aider des bras

"13-Evaluation de l'équilibre lorsque le patient se rassied" : S'assied en un mouvement fluide

**Evaluation de l'équilibre dynamique**

"14-Début, déclenchement de la marche" : Aucune hésitation

"15-Evaluation de la hauteur du pas" : Le pied quitte complètement le sol

"16-Evaluation de la longueur du pas" : Distance supérieure à la longueur d'un pied

"17-Evaluation de la symétrie du pas" : Longueur du pas identique de chaque côté

"18-Evaluation de la régularité du pas" : Régularité des pas

"19-Capacité à marcher en ligne droite" : Le pied suit la ligne droite

"20-Exécution d'un virage en marchant" : Ne titube pas, demi-tour fluide

"21-Evaluation de la stabilité du tronc" : Pas de balancement

"22-Evaluation de l'espacement des pieds lors de la marche" : Les pieds se frôlent

**RESULTATS:**

Le score maximal sur l'équilibre est de 26

Le score maximal sur la marche est de 9

Le score total maximal est de 35

Plus le score est élevé, plus le risque de chute est élevé

{ TC "Résultats du test effectué du 10 au 16 Août 2009" \ 3 } **Résultats du test effectué du 10 au 16 Août 2009**

11 sur 45 résidents ont un score  $\leq 10$

18 sur 45 résidents ont un score  $> 10$  et  $\leq 20$

10 sur 45 résidents ont un score  $> 20$  et  $\leq 30$

6 sur 45 résidents ont un score  $> 30$

Extraits de l'NGAP de décembre 2008 [4]; grille tarifaire du 30 juin 2007[3]  
En gras les notions intéressantes pour la coordination

Titre XIV : actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles.

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la formalité de **l'entente préalable** lorsqu'un patient nécessite **plus de trente séances sur une période de douze mois**. Cette obligation est applicable pour toute prescription de plus de trente séances, ou lorsque cette prescription porte le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes, au-delà de trente.

Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 14-B des Dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien.

**Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes**. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.

**À chaque séance s'applique donc une seule cotation**, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause (1).

(1)

Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

CHAPITRE I. - ACTES DE DIAGNOSTIC

## Section 1. - ACTES ISOLÉS

Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

### **Bilan articulaire simple** des conséquences motrices des **affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non** :

- pour un membre 5 AMK = 10,20 euros

—

our deux membres ou un membre et le tronc 8 AMK = 16,32 euros

—

our tout le corps 10 AMK = 20,40 euros

*Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment :*

- l'essentiel des déformations constatées ;
- le degré de liberté de ses articulations avec mesures ;
- éventuellement, la dimension des segments des membres, etc.

*Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.*

### **Bilan musculaire** (avec tests) des conséquences motrices des **affections neurologiques** :

- pour un membre 5 AMK = 10,20 euros

- pour deux membres 10 AMK = 20,40 euros

- pour tout le corps 20 AMK = 40,80 euros

## Section 2 - BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE EFFECTUÉ PAR LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les modalités décrites ci-dessous **s'appliquent aux actes des chapitres II et III.**

### 1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

a. Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le **diagnostic kinésithérapique** et d'assurer la **liaison avec le médecin prescripteur**.

Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des **déficiences** (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ;
- l'évaluation initiale des **incapacités fonctionnelles** (évaluation des

aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

- b. Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :
- la description du **protocole thérapeutique** mis en oeuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;
  - la description des **événements** ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;
  - les **résultats** obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;
  - les **conseils** éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;
  - les **propositions** consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2.

Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est **adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.**

Toutefois, lorsque le **nombre de séances** préconisé par le masseur-kinésithérapeute est **inférieur à 10**, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'entente préalable.

Une **fiche synthétique** du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au **médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances.**

Le cas échéant, cette fiche comporte les **motifs** et les **modalités** d'une proposition de **prolongation** du traitement, notamment quant au nombre de séances.

Une nouvelle demande d'entente préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche.

À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour

demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

3. Modalités de  
rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique

La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.

*Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de **rééducation et de réadaptation fonctionnelle** figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous. 8,1 AMK = 16,524 euros*

*Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de **rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires**, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires. 10,1 AMK = 20,604 euros*

## CHAPITRE II - TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

\*Article premier - Rééducation des conséquences des **affections orthopédiques et rhumatologiques** (actes affectés de la lettre clé AMS) (modifié par Décision UNCAM du 03/04/07 pour les masseurs kinésithérapeutes)

*Rééducation **d'un membre et de sa racine**, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre) 7,5 AMS = 15,30 euros*

*Rééducation de tout ou partie de **plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres** 9,5AMS = 19,38 euros*

*Rééducation et réadaptation, **après amputation** y compris l'adaptation à l'appareillage:*

- *amputation de tout ou partie d'**un membre** 7,5 AMS = 15,30 euros*
- *amputation de tout ou partie de **plusieurs membres** 9,5 AMS = 19,38 euros*

*Les cotations afférentes aux quatre actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.*

*Rééducation du **rachis et/ou des ceintures** quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation. est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur) 7,5 AMS = 15,30 euros*

\*Article 2 - Rééducation des conséquences des affections **rhumatismales inflammatoires**

*Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)*

- atteinte localisée à **un membre** ou le tronc 7 AMK = 14,27 euros
- atteinte de **plusieurs membres, ou du tronc** et d'un ou plusieurs membres 9 AMK = 18,36 euros

\*Article 4 - Rééducation des conséquences **d'affections neurologiques et musculaires** (modifiée par décision UNCAM du 27/04/06 pour les masseurs-kinésithérapeutes et du 04/07/06 pour les médecins)

*Rééducation des atteintes **périphériques radiculaires ou tronculaires** :*

- atteintes localisées à **un membre** ou à la **face** 8 AMK = 16,32 euros

- atteintes intéressant **plusieurs membres** 10 AMK = 20,40 euros

Rééducation de **l'hémiplégie** 9 AMK = 18,36 euros

Rééducation de la **paraplégie et de la tétraplégie** 11 AMK = 22,44

Rééducation des **affections neurologiques** stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) **en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie**

- localisation des déficiences à **un membre et sa racine** 8 AMK = 16,32 euros

- localisation des déficiences à **2 membres ou plus**, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face 10 AMK = 20,40 euros

Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.

Rééducation des malades atteints de **myopathie** 11 AMK ou AMC

Rééducation des malades atteints **d'encéphalopathie infantile** 11 AMK ou AMC

\*Article 5 - Rééducation des conséquences des **affections respiratoires**

*Rééducation des maladies **respiratoires** avec désencombrement **urgent** (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique, poussée aiguë au cours d'une mucoviscidose).*

*Les séances peuvent être réalisées au rythme de **deux par jour** et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique.*

*Par **dérogation** aux dispositions liminaires du titre XIV, dans les cas où l'état du patient nécessite la*

*conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des Dispositions générales sont applicables à ces **deux actes** 8 AMK = 16,32 euros*

*Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) 8 AMK = 16,32 euros*

*Rééducation respiratoire pré-opératoire ou post-opératoire 8 AMK = 16,32 euros*

\*Article 6 - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et



## oto-rhino-laryngologiques

Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale 7 AMK = 15,30 euros

**Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre** 7 AMK = 15,30 euros

Rééducation des troubles de la **déglutition isolés** 7 AMK = 15,30 euros

### \*Article 7 - Rééducation des conséquences des **affections vasculaires**

Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques) 7 AMK = 15,30 euros

Rééducation pour **insuffisance veineuse** des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques 7 AMK = 15,30 euros

Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par **drainage manuel**:

- pour **un membre** ou pour le cou et la face 7 AMK = 15,30 euros

- pour **deux** membres 9 AMK = 18,36 euros

Supplément pour **bandage multicouche** :

- **un** membre 1 AMK = 2,04 euros

- **deux** membres 2 AMK = 4,08 euros

### \*Article 8 - Rééducation des conséquences des affections **périnéosphinctériennes** (modifiée par décision UNCAM du 27/04/06 pour les masseurs-kinésithérapeutes et du 04/07/06 pour les médecins)

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback 8AMK = 16,32 euros

### \*Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

Les actes ci-dessous sont **réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.**

Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé 8 AMK = 16,36 euros

Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes) 6 AMK = 12,24 euros

Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en oeuvre de la rééducation précédente.

### \*Article 11 -**Soins palliatifs**

Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), **cotation journalière forfaitaire** quel que soit le nombre d'interventions 12 AMK = 24,48 euros

### CHAPITRE III - **MODALITÉS** PARTICULIÈRES DE CONDUITE DU TRAITEMENT

#### \*Article premier - Traitements de groupe

*Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.*

*Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La **durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure**. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.*

#### \*Article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients

*Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de **trente minutes**, par période continue ou fractionnée. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.*

### CHAPITRE IV - DIVERS

#### **Kinébalnéothérapie.**

Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à **supplément**  
- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m) 1,2 AMS, AMK ou AMC= 2,448 euros

en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m) 2,2 AMS, AMK ou AMC  
= 4,488 euros

## **MODE D'EMPLOI DE LA FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE**

### **PREAMBULE :**

La nomenclature des actes de masso-kinésithérapie inscrite au titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) prévoit l'élaboration par le masseur kinésithérapeute d'un bilan diagnostic kinésithérapique et de fiches synthétiques initiales, intermédiaires ou finales de ce bilan.

Le document qui vous est ici présenté est un modèle de fiche de synthèse qui permet la réalisation de ces trois fiches.

Cette fiche de synthèse est un résumé des bilans. Elle est conçue pour être commune à tous les types de bilans, quelle ne remplace en aucun cas.

C'est un outil de coordination des masseurs kinésithérapeutes avec les médecins prescripteurs et avec le service médical de l'assurance maladie auquel une copie doit être adressée en cas de proposition de renouvellement du traitement. Elle est Également tenue à la disposition des patients.

Ce document s'inspire des travaux de l'Association française pour la recherche et réévaluation en kinésithérapie (AFREK, site Internet : [www.afrek.com](http://www.afrek.com)) et a été réalisé par un groupe de travail associant des masseurs kinésithérapeutes libéraux et des représentants administratifs et médicaux de l'assurance maladie. Il a aussi été présenté aux représentants des généralistes libéraux.

### **1. FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE :**

Bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) : Acte intellectuel du masseur kinésithérapeute qui résulte du bilan proprement dit des déficits structurels et fonctionnels, enrichi d'un pronostic fonctionnel, d'objectifs et de propositions thérapeutiques.

**Fiche synthétique ou fiche de synthèse du BDK** : C'est une synthèse du BDK qui est transmise au médecin prescripteur, au service médical de l'assurance maladie en cas de proposition de renouvellement du traitement et tenue à disposition du patient selon les dispositions de la NGAP (2e partie, titre XIV, chapitre 1, section 2).

Elle peut prendre trois formes :

- **La fiche de synthèse initiale** réalisée par le M.K en début de traitement.
- **La fiche de synthèse intermédiaire** réalisée en cours de traitement, le plus souvent à l'occasionnel d'une proposition de renouvellement. Elle apporte un

éclairage sur l'état du patient à un moment donné.

- **La fiche de synthèse finale** rédigée en fin de traitement. C'est le compte rendu du traitement.

## **2. MODALITE DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES DE LA FICHE DE SYNTHESE :**

### **• RENSEIGNEMENTS SOCIO ADMINISTRATIFS**

Ils permettent l'identification indispensable du patient et du prescripteur, conférant pleinement le rôle de document de liaison à cette fiche de synthèse.

### **• PRESCRIPTION ET INDICATION MEDICALE**

Ces rubriques donnent des indications sur la prescription (date, prescription quantitative du médecin), précisent l'indication médicale et si une prise en charge kinésithérapique a eu lieu antérieurement.

### **• BILAN**

- **Déficits structurels** : bilan des déficiences ou anomalies de structures (articulaires, musculaires, douleurs).

- **Déficits fonctionnels** : bilan des incapacités ou dysfonctions.

- **Autres problèmes identifiés par le masseur kinésithérapeute** : concerne les problèmes autres que les déficits structurels ou fonctionnels, associés à la pathologie pouvant interférer avec le traitement ou les résultats. Par exemple faiblesse généralisée et manque d'endurance.

### **• DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUES ET OBJECTIFS**

A partir des résultats du bilan, le masseur kinésithérapeute pose son diagnostic et fixe les objectifs du traitement.

Le bilan est le reflet de l'état du patient, les objectifs devant s'adapter à cet état. Exemple d'objectifs : récupération de l'état antérieur, préservation des capacités existantes, soins palliatifs.

### **• PROTOCOLE THERAPEUTIQUE**

Le masseur kinésithérapeute indique le nombre et le rythme des séances, fixés par le prescripteur ou lui-même, le lieu de réalisation des soins (au cabinet, à domicile, en établissement), si le travail est effectué en groupe, les techniques mises en oeuvre, en particulier le recours à la balnéothérapie (bassin ou piscine).

Il indique la date de la première séance faisant suite à la prescription médicale.

### **• CONSEILS**

Le masseur kinésithérapeute indique les conseils éventuellement délivrés à son patient au cours du traitement.

## •PROPOSITIONS CONSECUTIVES

Il s'agit des propositions faites par le masseur kinésithérapeute, notamment :

- \* poursuite du traitement,
- \* fin de traitement au terme normal de la prescription avec éventuellement exercices d'entretien et de prévention,
- \* arrêt du traitement sur décision :
  - soit du masseur kinésithérapeute par modification des données de la pathologie initiale ou manque de participation et d'investissement du patient ;
  - soit à la demande du médecin ;
  - soit par abandon du patient.

## • COMMENTAIRES

Le masseur kinésithérapeute indique les conseils éventuellement délivrés à son patient au cours du traitement.

## •PROPOSITIONS CONSECUTIVES

Il s'agit des propositions faites par le masseur kinésithérapeute, notamment :

- la poursuite du traitement,
- la fin de traitement au terme normal de la prescription avec éventuellement exercices d'entretien et de prévention,
- L'arrêt du traitement sur décision :
  - soit du masseur kinésithérapeute par modification des données de la pathologie initiale ou manque de participation et d'investissement du patient ;
  - soit à la demande du médecin ;
  - soit par abandon du patient.

## • COMMENTAIRES

Le masseur kinésithérapeute indiquera ici tout élément qu'il jugera utile pour informer ses correspondants sur le patient, le traitement, l'évolution, etc.

## • DATE, NOM, CACHET ET SIGNATURE

Ces éléments indispensables permettent d'identifier le masseur kinésithérapeute et engagent sa responsabilité.

## FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE

### RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS

**Patient** : Nom Prénom Téléphone Sexe Date de naissance / âge

N° Sécurité Sociale

**Prescripteur** Docteur Adresse / Téléphone

**PRESCRIPTION** Date de prescription S'agit-t-il d'une prescription quantitative ? Oui Non

**INDICATION MÉDICALE** Y a-t-il eu des séances de kinésithérapie antérieures pour cette indication Oui Non Ne sait pas

**INTITULÉS FICHE INITIALE**    **Date** **INTERMÉDIAIRE**    **FINALE**    **Date**

### Bilan des déficits structurels

- articulaire.....
- force musculaire.....
- douleurs.....

**Bilan des déficits fonctionnels**.....

**Autres problèmes généraux identifiés par le MK.....**  
**Objectifs** - à court terme.....  
- à moyen terme.....  
- à long terme.....  
**Diagnostic kinésithérapique.....**  
**Protocole thérapeutique.....**  
Nombre Rythme des séances.....  
Lieu des séances.....  
Travail de groupe Oui Non  
Techniques .....  
Date de première séance.....  
**Conseils.....**  
**Propositions consécutives.....**  
**Commentaires.....**  
**Date Nom du masseur-kinésithérapeute et cachet Signature**

## { TC "Bibliographie" \ 1 }Bibliographie

1: Drs Youcef Krelil et Isabelle Lureau, Prise en charge kinésithérapique en EHPAD, 2004-2005, mémoire de DU, disponible sur le site : <http://www.ehpad.pro.vermeil.org>

2: JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE 28 mai 2005 Texte 23 sur 320

Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE 13 avril 2007 Texte 48 sur 106

Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

3: FFMKR, grille tarifaire 2007,

4: Nomenclature Général des Actes Professionnelles, décembre 2008

5: by John P. Kotter and Dan S. Cohen , The Heart of Change, Copyright 2002, Harvard Business School Press

6: JF Gravouil, 2006, Cours de management pour le DU du Médecin coordonnateur en EHPAD, Disponible sur le site

<http://www.ehpad.pro.vermeil.org/Formation/Cours/Management/>