

**ROLE DU
KINESITHERAPEUTE LIBÉRAL DANS
LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT
À DOMICILE AU SEIN DU RESEAU DE
REHABILITATION RESPIRATOIRE DE
BOURGOGNE**

Carine Lopez MKDE
21 avenue Eiffel
21000 DIJON

- Adapter le **protocole de réentraînement.**



Responsabilité médicale



Fc seuil



Puissance de pédalage



Présence du kinésithérapeute

Ordonnance médicale



Clinique de
rééducation
fonctionnelle
"Les Nozières"

SERVICE DE REHABILITATION RESPIRATOIRE

Docteur Jean-marc PERRUCHINI
DEU de Physiopathologie de
l'Exercice et Explorations
Fonctionnelles d'Effort
Secrétariat
Tél : 03.80.44.50.34
Fax : 03.80.44.50.15

Monsieur X
6 rue Martenois
21110 ROUVRES EN PLAINE

Réaliser par un masseur kinésithérapeute DE des séances de rééducation des quatre membres à domicile.

Demande d'entente préalable

- « **AMK 9 + DOM** » => CPAM
– > 25 séances/An
- « **AMK 8/2** » => réseau

Acte d'adhésion

ACTE D'ADHESION DES KINESITHERAPEUTES AU RESEAU DE REHABILITATION RESPIRATOIRE

▪ Adhésion au réseau

Je soussigné,

Nom :

Prénom :

N° ADEL :

Agissant en qualité de kinésithérapeute, certifié avoir été informé par le kinésithérapeute référent de l'organisation et des objectifs du réseau de réhabilitation respiratoire de Bourgogne. Dans ce cadre, ma présence auprès des patients consistera en une surveillance du déroulement du réentraînement à domicile et d'une prise en charge thérapeutique sous la forme de renforcement musculaire et suivi respiratoire. Je devrai obligatoirement suivre des formations en relation avec la réadaptation des insuffisants respiratoires. J'ai pris connaissance que mon travail se fera en collaboration avec l'ensemble des acteurs du réseau.

J'accepte donc en toute connaissance d'adhérer en tant que professionnel paramédical à ce réseau.

▪ Réhabilitation respiratoire à domicile

Mise en route du traitement (appareillage à domicile)

La première séance d'installation durera au minimum une heure et aura lieu en ma présence et celle d'un technicien de l'établissement Alizé de Bourgogne. Le kinésithérapeute référent représenté parpourra également être présent pour ma formation si celle-ci n'a pas été faite préalablement.

Durant cette première séance, l'usage du bandeau cardiofréquencemètre et du cycloergomètre sera expliqué, le déroulement exact d'une séance type sera précisé et l'usage du carnet de réentraînement sera exposé.

Le réentraînement s'effectuera au domicile du patient sur un vélo à frein électromagnétique sous surveillance de la fréquence cardiaque. La fréquence cardiaque de travail ainsi que le débit d'oxygène auront été déterminés au préalable par le médecin qui réalise l'épreuve d'effort.

Le Suivi

J'ai pris conscience qu'un suivi régulier auprès du patient était nécessaire à la bonne conduite du programme. J'effectuerai donc des visites régulières pendant toute la durée de prise en charge du patient c'est-à-dire durant un an, à raison de 4 fois par mois pendant les deux premiers mois puis 2 fois par mois pendant les trois mois suivants et enfin 3 fois tous les deux mois jusqu'à la fin du programme (soit un total de 25 à 28 séances).

Au cours de chaque séance, le travail comportera :

- ✓ après une évaluation des performances du patient, je proposerai un programme de renforcement musculaire spécifique adapté qui devra durer 30 minutes (travail avec élastiques, avec ballon.....).
- ✓ à la demande du patient ou si je le juge utile, j'effectuerai de la kinésithérapie respiratoire.
- ✓ je contrôlerai le suivi du réentraînement sur cycloergomètre en vérifiant le carnet de réentraînement.

Je retournerai la fiche de suivi signée par moi-même et le patient au secrétariat du Réseau situé au 10 Bis rue de Genève 21000 Dijon permettant de justifier mon intervention.

En contre partie du suivi régulier et des actes effectués auprès du patient, je recevrai une contrepartie financière en accord avec le Réseau ; la cotation sera de 1 AMK 9 adressée à la caisse de sécurité sociale et un complément correspondant à 1 AMK8/2 réglé par le Réseau (ce dernier sera justifié par la fiche de suivi, le versement se faisant toutes les 3 séances). Toute absence d'intervention de ma part devra être justifiée et trois absences consécutives auprès d'un même patient conduira à mon remplacement par un autre kinésithérapeute du réseau.

En cas de problème relatif à la mise en place ou à la continuité de la réhabilitation respiratoire à domicile, je peux joindre :
le secrétariat de l'A.D.R.RES au 0 871 282 942 (tarif local) ou au 03 80 52 66 63 pour informer le médecin coordinateur, Jean Marc Perruchin ou le kinésithérapeute référent.

Date : (fait en deux exemplaires, un pour le kinésithérapeute et un pour le réseau de réhabilitation)

Merçi de joindre un RB lors de votre prochain envoi de fiche ou lors de l'appareillage.

Signature du kinésithérapeute
adhérent au réseau

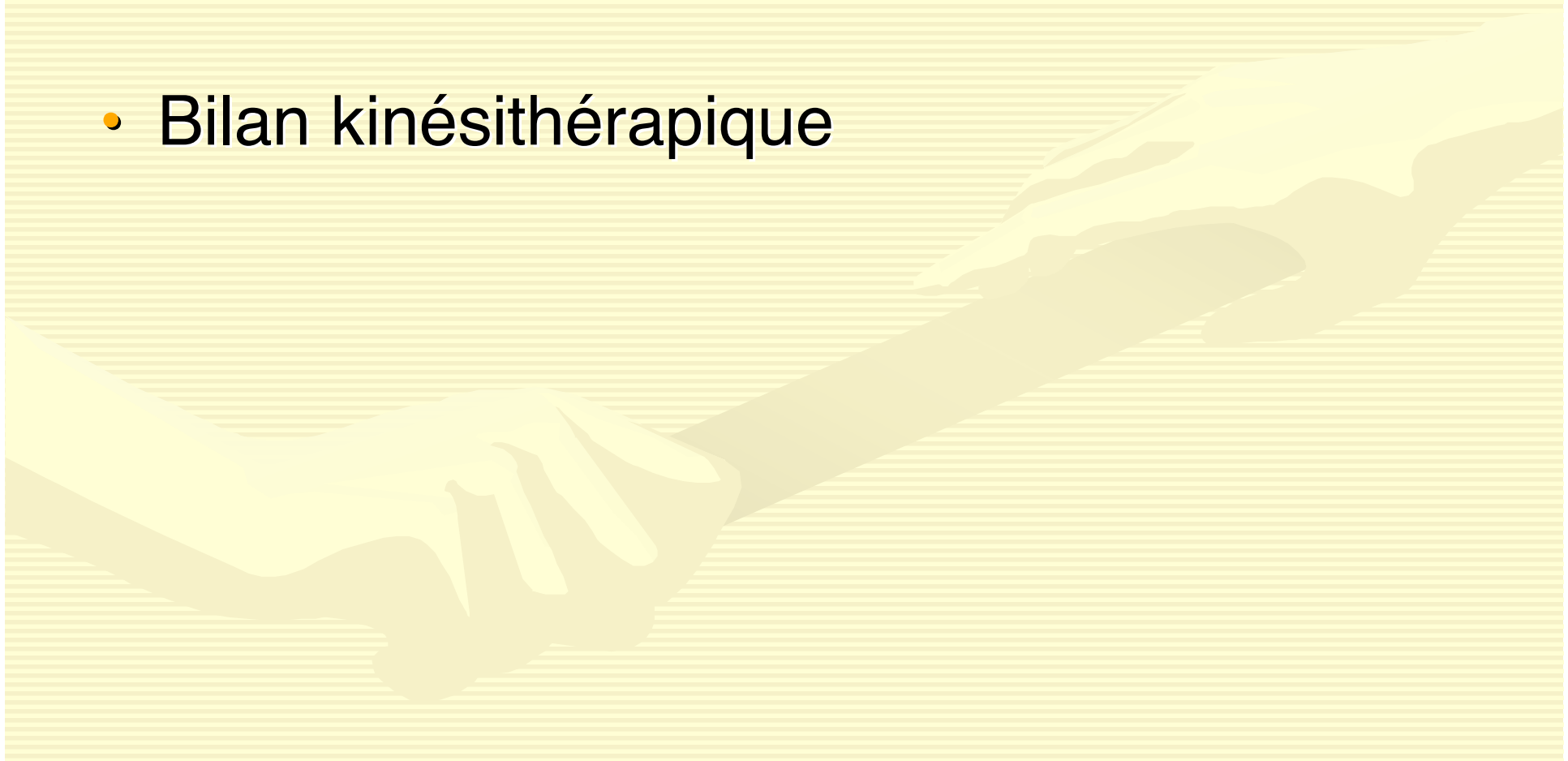
Signature du Médecin coordinateur ;

précédée de la mention « lu et approuvé ».

N.B : ci-joint à cet acte : 1 brochure du Réseau de Réhabilitation Respiratoire ;
1 cahier de suivi du réentraînement ;
des fiches de suivi

Séance Evaluation

- Bilan kinésithérapique



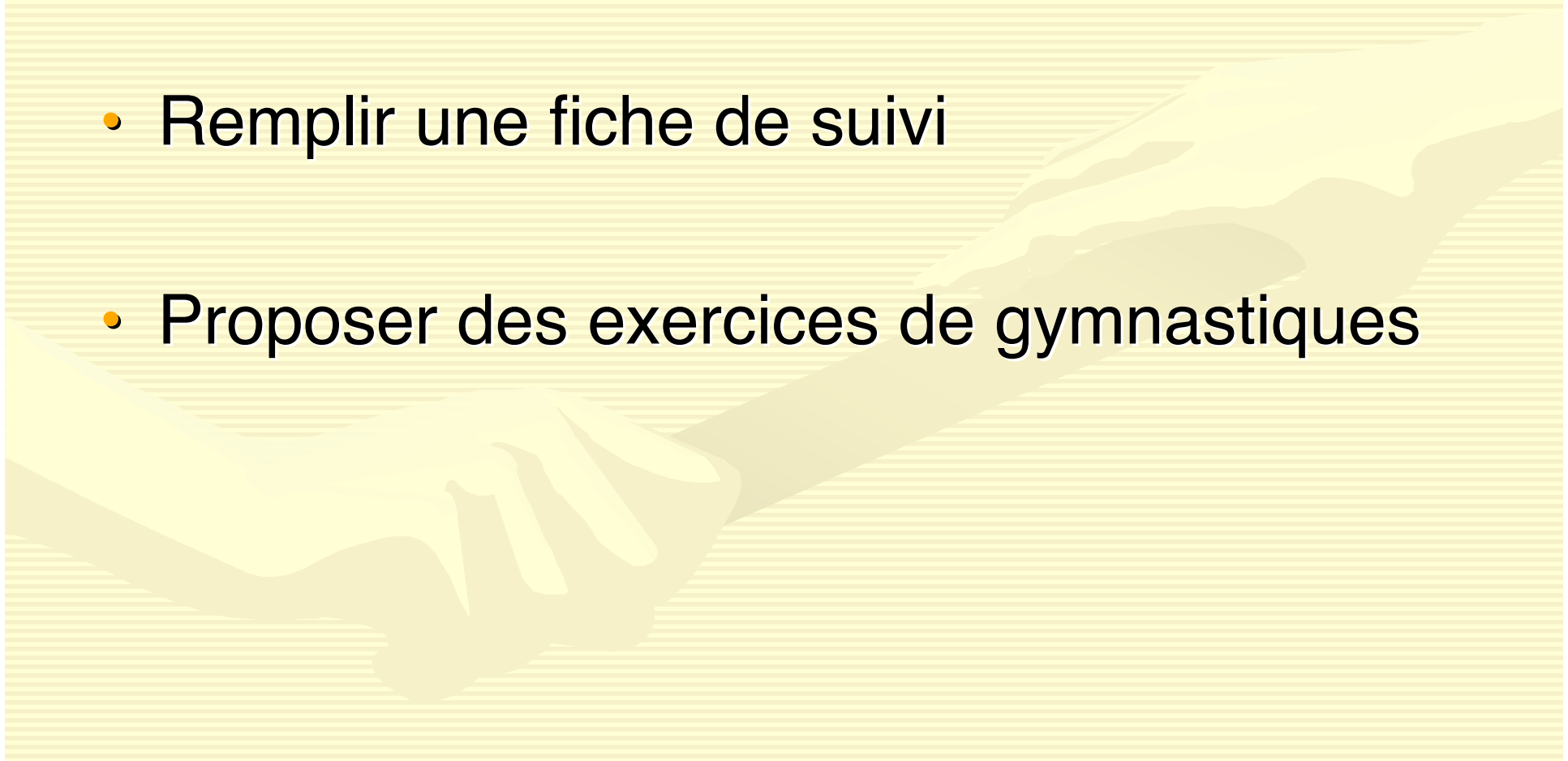
Séance Evaluation

- Bilan kinésithérapique
- Test d'endurance



Séances de rééducation

- Remplir une fiche de suivi
- Proposer des exercices de gymnastiques



La fiche de suivi

Rehabilitation respiratoire à domicile

Surveillance du Réentraînement
 Email Dr Perruchini : adrras@wanadoo.fr
 Tel : 03 80 52 66 63 ou 0871 28 29 42 Fax : 03 80 44 50 50
 CAF Les Rosiers 45 Bd Henri-Bazin BP 44 21002 Dijon Cedex

Nom du patient :

Recommandations médicales

Le test de résistance à été réalisé à 60 watts pour atteindre la Fc max de 145 puls/min au bout de 5'20 sec, après échauffement de 25 watts pdt 5 minutes
 Dr Perruchini

A remplir par l'intervenant (après le patient)

période du / / au / /
 (Entre la dernière visite et ce jour)

Le carnet de Réentraînement est-il bien rempli par le patient ? Oui Non

Le patient exécute t'il bien le Réentraînement sur cycloergomètre ? Oui Non

Comment évaluez-vous la participation du patient sur cette échelle ?

0 ----- 10
 Manque de motivation totale Grande motivation

Le nombre de kilomètres parcourus pendant la période : Km
 Le nombre de séances par semaine :

Le nombre de kilomètres totalisés à ce jour : Km

Puissance et Fc de travail

Puissance minimum
 initiale : _____ actuelle : _____ Fc Max initiale : _____

Puissance maximum
 initiale : _____ actuelle : _____ Fc Max actuelle : _____

A remplir par le patient (je fais une croix sur l'échelle)

Est-ce que cela vous paraît efficace dans votre vie quotidienne?

0 ----- 10
 Pas efficace Efficace

Avez-vous envie de poursuivre l'entraînement ?

0 ----- 10
 pas du tout absolument

Mon essoufflement dans ma vie quotidienne ?

-5 ----- 5
 Essoufflement s'aggrave considérablement Sans changement Essoufflement s'améliore considérablement

Survenue d'éléments intercurrents (infection, modification du traitement ...)

Rehabilitation respiratoire à domicile

Nom du patient :

Pour vous, Kinésithérapeute, comment évaluez-vous l'état respiratoire du patient au repos ?

- État respiratoire

0 ----- 10
 pas de dyspnée Dyspnée maximale imaginable

- Comment évolue la dyspnée ?

-5 ----- 5
 s'aggrave Sans changement va mieux

Contenu kinésithérapique

Thématique de la séance

Evaluation:

Test d'endurance

Bilan kinésithérapique

Renforcement musculaire

Membre inférieur

Membre supérieur

Muscles respiratoires

Muscles du tronc

Contenu de la séance

Kinésithérapie respiratoire

Renforcement segmentaire

Equilibre

Etirements

Commentaires de la séance

Epreuve d'endurance à Watts (à réaliser la première semaine d'installation puis tous les 3 mois).
 Durée de l'épreuve : Fc max :

Nouvelle ordonnance prescrite par le médecin traitant Oui Non

Nouvelle ordonnance de kinésithérapie demandée Oui Non

Date Nom de l'intervenant : signature du patient

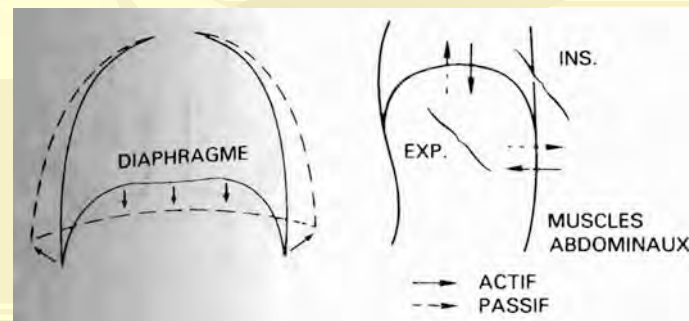
Signature de l'intervenant

Carnet de suivi version du 13/04/05 -5-

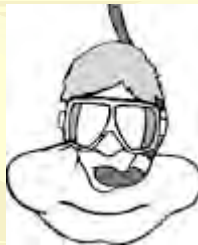
Exercices de gymnastique



Exercices de gymnastique



- Education **thérapeutique**
- **Motivation**
- **activités en endurance**



Les résultats

- **Comportement** du patient
- **Autonomisation**
- **Amélioration** de la **dyspnée**, de la **qualité de vie** et de la **tolérance à l'effort**
- **Coût** de la santé des BPCO