



RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION EN SERVICE D'ORTHOPÉDIE

Suivi par le masseur-kinésithérapeute libéral

après avis de la HAS ^[1]

Le programme de retour à domicile est destiné au patient déclaré éligible par l'équipe médicale hospitalière et qui le souhaite, dès que son hospitalisation en service orthopédique n'est plus nécessaire. Il s'appuie sur la prise en charge du patient par son médecin traitant, un(e) infirmier(e), un masseur-kinésithérapeute.

Sous certaines conditions, le patient peut également bénéficier d'une aide à la vie (portage de repas, aide-ménagère). La libre adhésion du patient à ce programme est communiquée au médecin traitant. Elle ne modifie ni les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie, ni les modalités de la rééducation fonctionnelle pratiquée en ville. À ce jour, **23 interventions orthopédiques sont concernées** par le programme de retour à domicile^[2].

Prise en charge de la masso-kinésithérapie

Elle se fait dans le cadre de la prescription médicale et des consignes postopératoires transmises. Elle peut, selon l'état du patient et son environnement, être réalisée à domicile ou au cabinet. La rééducation peut être précédée, dans le cadre des interventions programmées, d'une rééducation préopératoire pour préparer et éduquer le patient (technique de marche, mise en place d'orthèses, etc.).

Le traitement kinésithérapique postopératoire comporte :

- ▶ **les séances de kinésithérapie postopératoires. Elles ont notamment pour but de :**
 - rendre de la mobilité à l'articulation opérée, en respectant les consignes données par le chirurgien ;
 - réadapter et renforcer progressivement la capacité musculaire, en respectant les délais d'appui ;
 - surveiller l'état trophique du membre opéré et de la cicatrice afin de prévenir toute complication ;
 - détecter des signes d'alerte et en faire la transmission au médecin traitant et/ou chirurgien (douleur inhabituelle, luxation, hématome, suspicion de thrombophlébite ou d'embolie pulmonaire, infection, délai anormal de récupération articulaire au regard des consignes chirurgicales, etc.).
- ▶ **une évaluation de l'environnement du patient** avec proposition éventuelle d'aides techniques et d'aménagement de l'habitat pour faciliter la reprise d'autonomie (rampe, rehausseur de WC, etc.).
- ▶ **l'éducation du patient**, permettant d'améliorer son autonomie en l'informant des consignes de sécurité (gestes interdits, conseils d'auto rééducation, etc.).
- ▶ **La prescription**, si besoin, des dispositifs médicaux inscrits sur la Liste des produits et prestations (LPP) : cannes, déambulateur, bandes de contention, orthèses, poche de glace, fauteuil roulant, etc.
- ▶ **la traçabilité des soins dans le dossier de suivi du patient tenu par le masseur-kinésithérapeute dont :**
 - la réalisation du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) qui permet de fixer des objectifs de soins, définir le plan de traitement, choisir les techniques de rééducation appropriées, évaluer la progression clinique et définir les critères de fin de prise en charge.
 - la transmission de la fiche synthétique du BDK au médecin prescripteur et au médecin traitant pour un nombre de séances supérieur ou égal à 10 dès le début du traitement et à leur terme, comportant éventuellement les motifs et modalités d'une proposition de prolongation de traitement, notamment le nombre de séances.

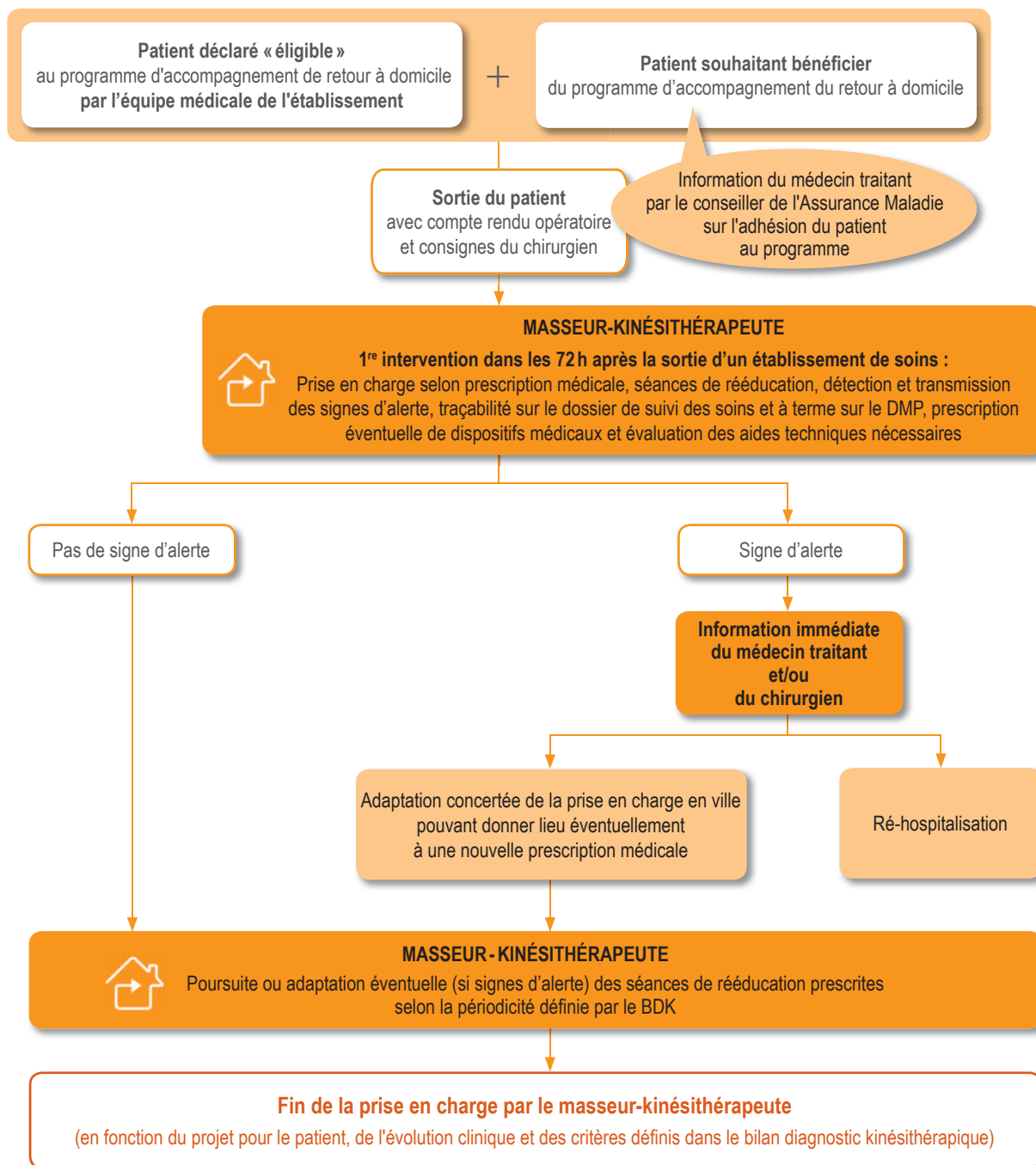
Périodicité des séances de rééducation

Le BDK permet au masseur-kinésithérapeute, en cas de prescription non quantitative, de déterminer le nombre et le rythme des séances de rééducation.

- Un seuil de séances est défini pour certaines pathologies par des référentiels UNCAM validés par la HAS. Au-delà, une prolongation de la rééducation peut être indiquée si la nature de l'intervention, l'état médical du patient, les traitements prescrits et les pathologies associées le nécessitent.
- La prise en charge de cette prolongation est soumise à l'envoi, par le masseur-kinésithérapeute, d'une demande d'accord préalable (DAP) au service médical de l'Assurance Maladie avec une prescription et la fiche de synthèse du BDK ou un argumentaire médical, pour permettre au médecin conseil de se prononcer sur cette demande.

Durée indicative de la prise en charge kinésithérapique à adapter selon le bilan

La durée de la prise en charge **peut varier de 1 à 6 mois** en fonction de la nature de l'intervention, de l'état médical du patient, de son évolution ainsi que des traitements prescrits.



Sources :

Avenant n°3 à la convention des MK. JO; 14 janvier 2012.
 Situations de rééducation soumises à référentiels et demande d'accord préalable. JO; 28 mars 2010, 20 janvier 2012, 13 avril 2012.
 Recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et réadaptation. HAS; mars 2006.
 Liste des dispositifs médicaux pouvant être prescrits par les MK. JO; 13 janvier 2006.
 Nomenclature Générale des Actes Professionnels - Titre XIV. Décision UNCAM; 11 mars 2005.
 Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. ANAES; mars 2000.
 Articles L.4321-1 et suivants et R.4321-1 et suivants du Code de santé publique (Actes professionnels).

^[1]www.has-sante.fr

^[2]Interventions : recommandations de la HAS de mars 2006 complétées en janvier 2008 : www.has-sante.fr > Évaluation et recommandation > Bonne pratique professionnelle > Recommandations de bonne pratique > N°15