MINISTERE DE LA SANTE REGION LORRAINE

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

Une méthode globale d'évaluation :

EVAL'KINE ©

Application à un cas clinique

Rapport de travail écrit personnel présenté par Estelle GERMAIN étudiante en 3^{ème} année de Kinésithérapie en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute 2000/2001

Ce travail a été réalisé :

Du 4 septembre 2000 au 27 octobre 2000

Au Centre Médical MGEN

68410 TROIS EPIS

A propos de cet établissement :

Médecin chef: Dr MARTIN Jean-Pierre

Cadre de Santé Masseur-Kinésithérapeute : HOLUIGUE Alain

Nombre de lits: 206

Nombre de demi-pensionnaires: 0

Nombre d'Externes: 0

Pathologies rencontrées : Neurologie, rhumatologie, traumatologie/orthopédie

Composition du plateau technique : - Nombre de Kinésithérapeutes : 13

- Nombre d'Ergothérapeutes : 3

Lis

Référent : Monsieur HOLUIGUE, Cadre de Santé Masseur-Kinésithérapeute

Donne autorisation à:

Nom : GERMAIN Prénom : Estelle

De présenter son travail écrit à la soutenance orale dans le cadre du Diplôme d'Etat de

Masseur-Kinésithérapeute.

Date: 27/04/2001 Signature:

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les personne	s suivantes	pour	l'aide	qu'elles	m'ont
apportée lors de l'élaboration de ce mémoire :					

Monsieur HOLUIGUE, Cadre de Santé Masseur-Kinésithérapeute pour son aide et son soutien constant tout au long de ce parcours.

Monsieur PERRIN, Cadre de Santé Masseur-Kinésithérapeute pour ses précieux conseils.

Madame GRUNBERG, Cadre de Santé Masseur-Kinésithérapeute, Présidente du GRECKO à Rennes, pour sa participation.

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION	1
1.1. Eval'kiné : définition	1
1.2. Intérêt d'une méthode destinée à fixer les objectifs thérapeutiques	1
1.3. Présentation d'un cas clinique	1
2. EVAL'KINE : PRESENTATION	1
2.1. Origine	1
2.1.1. Motivation	1
2.1.2. Initiation de la méthode	3
2.1.3. Création d'une fiche éval'kiné déposée	4
2.2. Fiche Eval'Kiné	5
2.2.1. Identification du Patient	5
2.2.2. Evaluation du Patient	6
2.2.3. Moyens et planifications : programme de soins	7
2.2.4. Synthèse du projet thérapeutique	7
3. METHODE EVAL'KINE TESTEE SUR UN CAS CLINIQUE	8
3.1. Présentation du Patient	8
2 1 1 Histoine de la maladia	o

3.1.2. Pathologie	8
3.1.3. Bilan Masso-kinésithérapique	9
3.2. Application de l'Eval'Kiné au cas clinique	12
3.2.1. Identification du Patient. Rappel	12
3.2.2. Evaluation des déficiences et des incapacités	13
3.2.3. Moyens et planifications : programme de soins	14
3.2.4. Synthèse du projet thérapeutique	18
4. ANALYSE DE L'APPLICATION PRATIQUE DE LA METHODE	18
4.1. Analyse de l'évaluation	18
4.1.1. Cotations des déficiences et incapacités	18
4.1.2. Objectifs, délais	19
4.1.3. Mise en œuvre des moyens	20
4.1.4. Synthèse du projet thérapeutique	20
4.2. Intérêt de l'informatisation de la méthode	21
4.2.1. Apport du référentiel dans les cotations	21
4.2.2. Apport de commentaires et d'informations	21
4.2.3. Apport visuel de l'évolution à l'aide d'une courbe	22
4.2.4. Facilité des transmissions	22
5. DISCUSSION	23
5.1. Avantage méthodologique	23

5.2. Test de l'application de la méthode au cas clinique proposé (découverte	
des particularités et exhaustivité des objectifs)	23
5.3. Intérêt lié à la prise en compte du projet du patient	24
5.4.Apport de l'informatique	24
5.5 Difficultés de la méthode	24
6. CONCLUSION	25

RESUME

L'Eval'Kiné est issue d'une recherche effectuée depuis 1990 par le GRECKO (Groupe de Recherche et d'Evaluation des Cadres en Kinésithérapie de l'Ouest).

Cette méthode évalue, (à l'aide d'un support matérialisé), les déficiences et les incapacités du patient aboutissant à un bilan spécifique et détermine les objectifs et les délais en tenant compte du projet du patient.

Son intérêt est de définir clairement les objectifs d'après le bilan et les attentes du patient et, d'ajuster en permanence les priorités de traitement en fonction de l'évolution de la pathologie. Cela permet un suivi complet et adapté.

Ce document écrit assure la communication entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux.

L'Eval'Kiné est adaptée aux exigences du décret du 8 octobre 1996, modifié le 29 juin 2000, concernant le diagnostic kinésithérapique.

Mots Clés:

- Evaluation-Diagnostic

- Projet du patient

- Suivi thérapeutique

- Transmission-Communication

1. INTRODUCTION

1.1. Eval'Kiné: définition

L'Eval'Kiné est une méthode globale d'évaluation des déficiences et des incapacités du patient aboutissant à un bilan spécifique et, de détermination des objectifs et des délais en tenant compte du projet du patient.

1.2. Intérêt d'une méthode destinée à fixer les objectifs thérapeutiques

Définir clairement les objectifs thérapeutiques en fonction du bilan et du projet du patient permet d'établir, en temps et en moyens, une ligne de soins adaptée à l'état initial du patient et à ses besoins masso-kinésithérapiques. Cette évaluation est continue (une fois par semaine) d'où la possibilité d'ajuster le traitement, de modifier les objectifs et d'établir un suivi complet.

1.3. Présentation d'un cas clinique

M. CB, suite à une chute de 9 mètres, le 5 juin 2000, présente de multiples traumatismes (détaillés plus loin : cf. 3.1). A la suite d'une nouvelle intervention chirurgicale datant du 20 septembre 2000, M. CB réintègre le centre MGEN des Trois-Epis le 25 septembre 2000.

2. EVAL'KINE: PRESENTATION

2.1. Origine

2.1.1. Motivation

A présent, la profession de masseur-kinésithérapeute se doit d'évaluer ses pratiques professionnelles et d'en rendre compte. Dans un environnement de responsabilisation, de méfiance, voire de suspicion, les professions médicales doivent s'attacher à la transparence de

leurs actes. L'information, la communication, le respect du patient, la concrétisation des actes du masseur-kinésithérapeute créent des relations de confiance et de sécurité entre le malade et son entourage médical. La traçabilité écrite valide les actes effectués : « dans un contexte nouveau « si ce n'est pas écrit, ce n'est pas fait », la qualité d'un dossier bien tenu, accessible, revêt une importance nouvelle ». (9). D'où le besoin d'un langage commun entre masseurs-kinésithérapeutes et, vis-à-vis de l'environnement médical. E.VIEL définit la constitution d'un dossier du patient en masso-kinésithérapie en : « un dossier critérié et chiffré, élément de contrôle de qualité » (9)

Il s'agit d'un dossier assurant : « lisibilité, simplicité, fonctionnalité, reproductibilité, sensibilité, repérabilité, information riche, fiabilité et traçabilité ». (10)

Pour s'assurer que le dossier comprend l'essentiel, Ishikawa propose une méthodologie « cause-effet ». elle comprend 5 rubriques : Malade, Moyens humains, Moyens matériels, Méthode et Milieu. (annexe I)

Le dossier du malade devient un thème majeur de l'évaluation de la qualité des soins. (recommandations de l'ANAES)

« Enquête de pratique sur le dossier du patient en masso-kinésithérapie » (3)

D'après cette enquête les masseurs-kinésithérapeutes ont compris la nécessité du dossierpatient en masso-kinésithérapie et proposent ce qu'il doit ou ne doit pas comporter. Ils sont intéressés et se responsabilisent. Ils ont conscience que l'amélioration de la profession et de la qualité des soins passe par la prise en charge du patient dans sa globalité : bilan, traitement, suivi, prise en compte des attentes du patient .

2.1.2. Initiation de la méthode

La méthode Eval'Kiné initiée par un groupe de travail basé à Rennes, depuis une dizaine d'années, le GRECKO (Groupe de Recherche et d'Evaluation des Cadres en Kinésithérapie de l'Ouest), constitue un support qualitatif de diagnostic kinésithérapique, de fixation des objectifs et de traçabilité des soins apportés au patient. (5 et 6)

Eric Viel propose la création d'un « dossier critérié et chiffré, élément de contrôle de qualité. Le dossier sera analysé à partir d'une grille dont les rubriques sont :

- > choix des critères
- > choix de la méthode de mesure (renseignement utile)
- > recueil de données numériques
- > existence d'une grille de risques
- > synthèse de réadaptation et réinsertion sociale ». (9)

Pour être efficace, les outils d'analyse doivent comporter un nombre réduit de critères à interroger (5 serait l'idéal) et 4 niveaux d'échelle.

Les CRITERES sont des items d'analyses qui permettent d'aboutir à la précision dans la vérification d'un état ou à l'analyse fine des résultats obtenus. Un critère peut contenir plusieurs indicateurs.

Les INDICATEURS sont des observations concrètes qui objectivent le langage abstrait du problème posé. Un indicateur ne peut faire référence qu'à un seul critère (relation injective), mais chaque critère peut être précisé par plusieurs indicateurs (relation surjective).

Le GRECKO conduit le projet Eval'Kiné depuis 1990. Cet outil a fait l'objet d'une étude de validation (de septembre 1995 à mars1996) qui avait pour but de :

- > Vérifier la qualité et la fiabilité de l'outil Eval'Kiné
- > Etudier les relations entre les groupes d'items pour dégager les indicateurs synthétiques pertinents (suivi du patient et gestion des activités en kinésithérapie). (4)

2.1.3. Création d'une fiche Eval'Kiné déposée

Le GRECKO aboutit à une fiche stable en 1999 et en dégage les intérêts suivants :

- > Utilisation d'un langage commun (annexe II) pour une communication interdisciplinaire
- > Formulation explicite des objectifs, des moyens et des délais
- > Suivi rééducatif et réadaptatif du patient
- > Continuité des soins
- > Application informatisée.

Le but de la fiche est d'évaluer l'état initial du patient et ses besoins masso-kinésithérapiques et d'établir un suivi de la rééducation. De plus elle contribue à l'évaluation de la pratique du masseur-kinésithérapeute.

L'Eval'Kiné se base sur la CIH (classification internationale du handicap) de WOOD. La CIH2 remplacera bientôt la CIH1, les définitions seront modifiées mais le modèle théorique retenu ne sera pas modifié. (annexe II)

Méthode déposée sous enveloppe Soleau à :

Institut National de Propriété Industrielle

11 rue F. Heller

35000 RENNES

2.2. Fiche Eval'Kiné

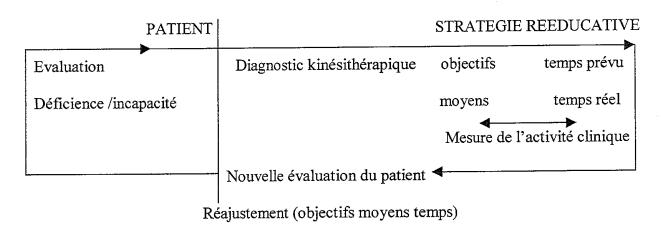


Figure 1 : démarche

2.2.1. Identification du patient

La rubrique initiale rappelle l'identité du patient dans le centre de rééducation (nom, prénom, âge...), résume le diagnostic médical et donne les dates de l'intervention chirurgicale, d'entrée et de sortie. Le diagnostic peut être codifié pour adapter la tenue informatisée de la fiche Eval'Kiné.

2.2.2. Evaluation du patient

La deuxième rubrique consiste en l'établissement d'une grille de cotation des déficiences (organiques, de l'appareil locomoteur, spécifique), des incapacités (fonctionnelles, d'adaptation) et en la détermination des objectifs et des délais. (annexe III)

Pour évaluer l'état du patient Eval'Kiné utilise une échelle à 5 niveaux :

- 0. Item non testé
- 1. Pas de déficiences, pas d'incapacité
- 2. Déficience ou incapacité visible par un spécialiste
- 3. Déficience ou incapacité visible par tous ; permet la fonction
- 4. Déficience ou incapacité interdisant en partie la fonction
- 5. Déficience ou incapacité interdisant toute fonction.

Afin de définir les différents items et leur cotations, Eval'Kiné propose un référentiel; celuici détermine la cotation appropriée à chaque déficience ou incapacité. A chaque cotation correspond un ou plusieurs critères précis concernant l'incapacité ou la déficience observée. Ces critères ont été établis selon des paramètres définis ou en fonction d'échelles existantes et validées.

Exemple : un patient présente une claudication intermittente pour un périmètre de marche supérieur à 250 mètres, cela correspond au stade 2 de la classification de Leriche Fontaine. D'après le référentiel la déficience vasculaire est cotée à 3 (déficience visible par tous) sur la grille Eval'Kiné.

Autre exemple : l'incapacité du maintien postural du membre supérieur est définie par rapport à une position de référence précise : patient assis sur un plan ferme, il tient le membre supérieur tendu à l'horizontale dans le plan de la scapula, main ouverte en supination ; et à des critères de stabilité et de temps déterminés.

La précision des items permet une reproductibilité maximale de l'évaluation. Quelque soit la déficience (ou l'incapacité), 2 examinateurs doivent la coter de la même manière.

De même, pour définir les objectifs, 15 verbes d'action ont été retenus, une définition de chacun est proposée (annexe III). Plusieurs objectifs peuvent définir un item, ils sont alors classés par ordre de priorité et concernent la période actuelle des soins.

2.2.3. Moyens et planification : programme de soins

La troisième rubrique permet de quantifier le temps passé auprès du patient et de répertorier les actes à effectuer ou effectués par le masseur-kinésithérapeute. Ceux-ci sont classés en actes directs individuels, en activités supervisées, en activités collectives et en actes indirects selon le code PMSI.

2.2.4. Synthèse du projet thérapeutique

La dernière rubrique regroupe :

- La synthèse Eval'Kiné (points ressortant de la grille d'évaluation)
- Le diagnostic masso-kinésithérapique (annexe IV)
- > Les objectifs masso-kinésithérapiques
- > Les priorités du projet du patient.

Cette phase traduit le suivi complet du patient, prenant en compte ses attentes, et établit la communication entre masseurs-kinésithérapeutes et entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins. Eval'Kiné est une « fiche navette » entre les différents membres de l'équipe soignante.

3. METHODE EVAL'KINE TESTEE SUR UN CAS CLINIQUE

3.1. Présentation du patient

3.1.1. Histoire de la maladie

Le 5 juin 2000, M. CB, chef de projet dans une entreprise de bâtiment, lors de l'inspection d'une de ses équipes, chute d'une hauteur de 9 mètres. Il est opéré à Strasbourg pour une fracture ouverte du tibia à droite de stade Cauchoix III (annexe V), ainsi qu'une luxation de l'épaule à droite. L'épaule est immobilisée 3 semaines par une attelle de Zimmer. Un fixateur externe tibio-calcanéen de Hoffman (annexe V) est mis en place.

Le 25 juillet 2000 M. CB est repris au bloc pour une greffe de peau qui va permettre une cicatrisation dirigée.

M. CB est pris en charge une première fois au Centre Médical de Trois-Epis du 9 août 2000 au 19 septembre 2000.

3.1.2. Pathologie

Le 20 septembre 2000 M. CB subit une nouvelle intervention chirurgicale à Strasbourg. Il s'agit d'une arthrodèse inter-tibio-péronière pour provoquer la consolidation du pilon tibial. (greffe osseuse distale tibio péronière)

M. CB est de nouveau pris en charge au Centre Médical de Trois-Epis le 25 septembre 2000.

Un nouveau transfert est prévu le 26 octobre 2000 pour enlever le fixateur externe et le remplacer par une résine qui permettra une mise en charge progressive.

3.1.3. Bilan masso-kinésithérapique

Interrogatoire:

M. CB, âgé de 56 ans, a 4 enfants âgés de 22 à 35 ans.

Antécédents : hypertension artérielle, angor coronarien, pose d'un Stent en 1996 pour insuffisance coronaire.

Prescription médicale:

Le chirurgien insiste sur la mobilisation des articulations du pied. La verticalisation est autorisée mais sans appui. En ce qui concerne l'épaule droite nous effectuerons une mobilisation active-aidée du membre supérieur et un travail des fixateurs de l'omoplate.

Premier contact avec le patient :

Il est semi assis dans le lit et immobile (M.CB est incapable de soulever le membre inférieur droit) en partie à cause de la douleur. Celle-ci est très importante surtout au niveau de la prise de greffe. Il se déplace en fauteuil roulant et utilise les cannes anglaises dans la chambre. En effet l'épaule étant douloureuse et le fixateur gênant, le déplacement avec les cannes anglaises ne s'effectue que sur de petites distances.

M. CB porte une attelle anti-équin en thermoformable pour limiter la griffe des orteils.

Inspection palpation:

M.CB présente de multiples cicatrices dont la prise de greffe cutanée au 1/3 antéro-interne de la cuisse droite et la cicatrice de la prise de greffe osseuse au niveau de la crête iliaque droite.

Des pansements sont situés au niveau des broches du fixateur externe, à la face latérale et à la face médiale de la jambe droite. (annexe VII)

La température cutanée est prise avec la face dorsale de la main : la peau est plus chaude au niveau de la cheville droite.

Nous remarquons une nette amyotrophie du triceps sural à droite ainsi qu'un œdème de la cheville. C'est un œdème de stade II selon Brunner (annexe VI) qui sera coté à 3 sur l'Eval'Kiné.

Ces éléments sont évalués par la centimètrie :

voire calleuse, elle desquame.

cotée à 9.

à 10 cm de la racine du gros orteil nous n'observons pas de différence

à 15 cm de la racine du gros orteil nous observons une différence de + 5 cm à droite

à 10 cm en dessous du sommet de la rotule nous observons une différence de 2 cm à droite La peau de la jambe droite est sèche, elle desquame, de même la peau de la plante est épaisse

La douleur est très présente : elle est cotée sur EVA à 8 et elle augmente la nuit où elle est

Elle est située à l'aine, à la hanche et au genou, à droite.

M. CB décrit une « réticence » du pied et des fourmillements continuels dans la jambe droite en positon assise.

Bilan sensitif:

la sensibilité au touché et au piqué est diminuée sur la face dorsale des orteils et sur la jambe.

La face plantaire n'ayant plus de contact avec le sol depuis plusieurs mois, perçoit des informations modifiées.

Bilan articulaire:

Le membre inférieur gauche ne présente aucun déficit articulaire.

Au niveau du pied droit nous constatons un blocage net et douloureux de l'hallux en extension; la griffe des orteils est réductible passivement; il n'existe pas de mouvement de pronation au niveau de l'avant pied, en revanche nous remarquons un début de mouvement de supination. La cheville étant bloquée par le fixateur externe, les mouvements de flexion dorsale et de flexion plantaire sont impossibles, de même que les mouvements en varus, valgus et rotations de l'arrière pied.

Le genou droit est limité à 80° de flexion par la douleur. L'amplitude d'extension étant de 5°.

Les amplitudes déficitaires de la hanche droite sont liées à la douleur et à l'inutilisation.

Le manque d'amplitudes de l'épaule droite est dû à la rupture de la coiffe des rotateurs qui

entraîne des douleurs et une impotence fonctionnelle.

	Actif	Passif
Antépulsion	75°	40°
Rétropulsion	55°	50°
Abduction	100°	60°
Adduction	normale	normale
Rotation interne	normale	normale
Rotation externe	douloureuse	douloureuse

Bilan musculaire:

Compte tenu des douleurs et des difficultés de mouvement il est difficile de réaliser une EMFM précise. Nous constatons une très nette diminution de la force musculaire qui touche les muscles de la jambe, tibial antérieur, triceps sural, mais également les muscles de la hanche, abducteurs, adducteurs, quadriceps, ischio-jambiers.

En ce qui concerne l'épaule nous avons effectués les manœuvres de Jobe, Patte, Gerber et le Palm-up test. Les tests de Patte, Jobe et le Palm-up test se sont révélés positifs ce qui traduit une atteinte des muscles sous-épineux, sus-épineux et long biceps.

Bilan fonctionnel:

M.CB réalise les transferts assis fauteuil-table et assis-debout-assis seul et en s'aidant des accoudoirs. Il se tient debout en équilibre unipodal stable. La marche avec cannes anglaises est possible mais peu de temps, de même que la pratique des escaliers.

La préhension est possible mais l'incapacité de stabilisation de l'épaule handicape M.CB dans les tâches de la vie quotidienne, comme passer un plat à table.

3.2. Application de l'Eval'Kiné au cas clinique (annexe VIII)

3.2.1. Identification du Patient. Rappel

Nous nous intéressons à un patient âgé de 56 ans ayant subi un polytraumatisme des membres supérieur et inférieur droits. Cette personne exerce un métier qui requiert la totalité de ses fonctions physiques.

3.2.2. Evaluation des déficiences et des incapacités

Cette évaluation se fait à l'aide du référentiel en corrélant les éléments apportés par le bilan et

la pratique quotidienne (sens clinique du praticien).

Exemple : la douleur de M.CB est cotée à 8 sur une EVA ; sa douleur est présente en

permanence, elle empêche l'évaluation articulaire ou musculaire. L'Eval'Kiné cote une telle

douleur à 5. L'objectif sera de détecter l'origine de la douleur, de la diminuer si possible, et de

mobiliser le patient sans la déclencher. Le verbe utilisé pour qualifier l'objectif sera :

DIMINUER.

Pour chaque déficience ou incapacité, on se reporte au référentiel et on recherche l'item

correspondant au Patient (annexe III, page 1).

Dans le cas présent, les déficiences de M. CB sont :

> vasculaires

cotées à 3

> cutanées

cotées à 3

> articulaires

cotées à 3

> musculaires

cotées à 3

> douleur

cotée à 5

Sur le plan fonctionnel, nous retrouvons des incapacités posturales cotées à 5 pour le membre inférieur droit et à 4 pour le membre supérieur droit et des incapacités de locomotion cotées à 4.

Les objectifs déterminés sont :

> résorber l'ædème

> récupérer la mobilité cutanée

- récupérer les amplitudes du membre inférieur droit
- > entretenir les amplitudes du membre supérieur droit
- > entretenir et récupérer la force musculaire du membre inférieur droit
- > entretenir la force musculaire du membre supérieur droit
- > diminuer la douleur
- > récupérer les fonctions des membres

3.2.3. Moyens et planifications : programme de soins

M.CB bénéficie de soins individuels.

Le traitement consiste en la résorption de l'œdème du membre inférieur droit par un massage circulatoire. La technique de PEREIRA SANTOS favorise le retour veineux afin de diminuer l'œdème et recréer les appuis de la marche. Le membre est placé en déclive.

Au niveau de la cuisse nous réalisons des pressions statiques d'une durée de 6 secondes de la racine du membre vers le genou, espacées entre elles d'une durée de 6 secondes afin d'éviter un collapsus veineux ; puis nous remontons le long de la cuisse par une pression glissée.

Ces manœuvres sont répétées au niveau de la jambe.

Au niveau de la cheville et du pied nous exerçons :

- > une pression statique sur le talon
- > une pression glissée sur la plante du pied se dirigeant vers les orteils
- > une pression statique sur la tête des métatarsiens
- > une extension passive des orteils
- > une pression glissée sur la face dorsale du pied, puis une de nos mains passe en arrière de

la malléole latérale, suit le trajet de la veine saphène externe et remonte jusqu'au creux poplité; l'autre main remonte jusqu'au pli inguinal en passant en avant de la malléole interne elle suit le trajet de la veine saphène interne.

Les broches du fixateur externe empêchent un mouvement continu de nos mains le long de la cheville et de la jambe, il est donc nécessaire d'adapter les manœuvres.

Lors des premières séances nous masserons uniquement la cicatrice de la prise de greffe cutanée, les autres étant couvertes par un pansement et au fil des jours nous nous intéresserons aux cicatrices de la prise de greffe osseuse, de la face latérale de la jambe et plus tard de la greffe cutanée sur la face médiale de la jambe. Il s'agit de libérer les adhérences et d'assouplir le tissu cutané en pratiquant des pétrissages superficiels et des tractions cutanées de part et d'autre de la cicatrice.

Entretien articulaire du membre supérieur droit :

La mobilisation passive de la scapula doit être infra douloureuse.

Le patient est placé en latérocubitus gauche, le membre inférieur droit est placé sur un coussin pour soulager le poids du fixateur externe. Cette position n'est tolérée qu'un laps de temps court compte tenu des douleurs ressenties dans la hanche.

Nous mobilisons l'omoplate en abduction, adduction, abaissement, élévation, sonnette interne, sonnette externe et circumduction..

Les mobilisations passives des articulations acromio-claviculaire et sterno-costo-claviculaire sont réalisées en décubitus. Nous pratiquons des glissements respectivement antéropostérieurs et, antéro-postérieurs et verticaux.

L'articulation scapulo-humérale est mobilisée dans les amplitudes permises (M.CB serait opéré de la coiffe des rotateurs en 2001) et sans déclencher la douleur. M.CB est assis le dos en appui contre le dossier de la table. Les mobilisations actives aidées sont effectuées en abduction, adduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne.

Entretien articulaire du membre inférieur droit :

Nous mobilisons la hanche passivement au début de la prise en charge, puis de manière active aidée en flexion, abduction, adduction, rotation externe, rotation interne et éventuellement en extension quand la position en latérocubitus ou procubitus ne déclenche pas de douleur. Le patient est allongé sur la table le plus à plat possible car M.CB ne tolère pas toujours la position zéro de la hanche qui lui déclenche des douleurs au niveau de la prise de greffe osseuse.

La patella est mobilisée de bas en haut et latéralement.

Nous travaillons passivement les glissements postérieurs du tibia sur le fémur en vue de la récupération de la flexion du genou. Nous travaillons la flexion-rotation interne du genou en associant un glissement et un roulement ; le patient est alors assis au bord de la table. Dans la même position nous effectuons cet exercice de flexion du genou sur le mode actif aidé.

Les articulations du pied:

Mobilisation de l'articulation sub-talaire.

Mobilisation des articulations de Lisfranc, de Chopard, métatarso-phalangiennes (MP), interphalangiennes (IP) (éviter la griffe). Ces mobilisations sont analytiques de type glissement pour les articulations du médiotarse et de type glissement et roulement pour les MP et les IP.

Traitement de la douleur : traitement médical avant tout. M.CB gère la prise d'antalgiques en accord avec le médecin.

Nous pratiquons des vibrations mécaniques (assistance proprioceptive vibratoire) à une fréquence de 70 Hz pendant 1 minute. Nous nous plaçons au niveau du tendon d'Achille pour essayer de donner une sensation de mouvement flexion dorsale et sur le tendon du tibial antérieur pour l'impression de flexion plantaire ; puis sur le tendon de l'extenseur propre de l'hallux.

Nous n'obtenons pas de résultat au début, en revanche, après quelques semaines M.CB commence à ressentir l'impression de mouvement.

Travail musculaire:

Travail musculaire des fixateurs d'omoplate au niveau du membre supérieur.

Exercice avec un bâton.

NB: le membre supérieur est pris en charge par l'ergothérapeute, notamment sur le plan fonctionnel.

Au niveau de la hanche, entretien et récupération de la force musculaire du quadriceps, des ischio-jambiers, du psoas, du moyen fessier, des adducteurs et des rotateurs latéraux et médiaux.

Le travail du tibial antérieur, des fibulaires et du triceps sural n'est pas possible en raison de la présence du fixateur externe.

Travail des extenseurs des orteils.

M.CB est capable de marcher avec des cannes anglaises mais il est difficile de l'utiliser comme moyen de déambulation; en effet une douleur se déclenche au niveau de l'épaule au bout de quelques mètres. De plus les broches du fixateur externe risquent de blesser le membre inférieur controlatéral.

M.CB ne peut accéder à la balnéothérapie en raison des problèmes cutanés et du fixateur externe. Cette activité est programmée après ablation de la botte platrée et cicatrisation totale.

Les actes indirects effectués sont des ajustements de l'orthèse thermoformée afin d'augmenter l'extension des orteils et d'éviter leur rétraction en griffe. L'orthèse est portée la nuit.

Tous les actes sont récapitulés dans un tableau suivant le code PMSI et les temps de prise en charge sont totalisés quotidiennement et à la fin de chaque semaine.

3.2.4. Synthèse du projet thérapeutique

Au début de la prise en charge, les priorités du traitement sont la récupération d'une mobilité globale qui ira avec la diminution de la douleur; la résorption de l'œdème; l'entretien articulaire et musculaire des membres supérieur et inférieur droits; la récupération des amplitudes articulaires du pied.

M.CB espère récupérer la totalité des fonctions du membre inférieur afin de reprendre son activité professionnelle, dont une partie essentielle consiste à inspecter ses équipes sur les chantiers. Cela suppose d'être capable de monter sur un toit en toute sécurité.

4. ANALYSE DE L'APPLICATION PRATIQUE DE LA METHODE

4.1. Analyse de l'évaluation

4.1.1. Cotations des déficiences et des incapacités

La cotation des déficiences organiques (cardiaques, respiratoires, sphinctériennes) n'est pas forcément aisée, en effet, la recherche des antécédents médicaux dans le dossier médical est souvent infructueuse. Ces informations manquent dans le dossier kinésithérapique, il convient de solliciter le médecin. (habitude à instaurer)

Sur le plan musculaire, la cotation d'une semaine à l'autre ne reflète pas obligatoirement la progression. Par exemple, le quadriceps récupère de la force musculaire dans la semaine (nous passons d'un mouvement contre pesanteur dans l'amplitude permise à un mouvement contre légère résistance dans l'amplitude permise); en revanche, la force du triceps sural ne varie pas (contraction à la palpation sans mouvement). D'après le référentiel Eval'Kiné la déficience musculaire est cotée à 5 sur la fiche. Nous ne voyons pas l'évolution alors qu'elle existe.

La grille permet une vision rapide des points particuliers à travailler, les déficiences et les incapacités sont immédiatement ciblées.

4.1.2. Objectifs, délais

Les objectifs découlent directement du bilan. Nous choisissons un ou plusieurs verbes qui désignent l'objectif à atteindre. Par exemple, pour une déficience articulaire, les termes seront : « récupérer » ou « entretenir ». Cependant, pour certaines déficiences ou incapacités le verbe seul semble imprécis ou incomplet. Par exemple, pour une déficience cutanée, le

verbe « prévenir » est insuffisant ; on peut prévenir une escarre ou on peut prévenir des adhérences. D'où la nécessité d'ajouter des commentaires.

En ce qui concerne les délais il est très difficile de fixer une échéance précise. Par contre, une estimation de l'évolution peut être indiquée, puis corrigée régulièrement en fonction de la progression effective.

4.1.3. Mise en œuvre des moyens

Les objectifs fixés induisent le traitement à entreprendre. Nous sommes en mesure de déterminer les actes à accomplir, à savoir déterminer le PMSI de façon exhaustive.

Les actes déterminés seront programmés sur la durée de la semaine en temps prévisionnels dans le but de fixer un timing apte à faire progresser régulièrement le patient.

Les temps réels seront ensuite comparés à cette prévision. Les écarts issus généralement des réactions pathologiques du patient permettront de corriger les actes futurs à accomplir tant en nature qu'en durée.

Par ailleurs, les temps programmés favoriseront la gestion des tâches des praticiens d'un centre de rééducation.

4.1.4. Synthèse du projet thérapeutique

Cette partie concerne le diagnostic kinésithérapique. Celui-ci s'intéresse au patient dans sa globalité: nous ne soignons pas seulement le genou de M.X mais nous prenons en charge M.X qui a telle profession, tels loisirs, des projets bien déterminés et donc des attentes précises du traitement kinésithérapique.

Il s'agit de l'aspect relationnel.

Le dialogue permet de cerner l'état d'esprit du patient : Quelle vision a-t-il de sa pathologie et de son traitement ? Faut-il le freiner ou au contraire le stimuler, l'encourager ? Devons-nous l'amener à une vision plus réaliste de l'avenir, par exemple en envisageant une reconversion professionnelle ou des adaptations à la pratique d'un sport.

Le patient ressent positivement cet intérêt porté par l'équipe thérapeutique et le traitement en est amélioré.

Les objectifs seront alors déterminés de façon constructive en emportant l'adhésion du patient lors de la mise en œuvre du traitement.

4.2. Intérêt de l'informatisation de la méthode

4.2.1. Apport du référentiel dans les cotations

Le référentiel établi par le GRECKO permet à l'intervenant de donner la cotation la plus appropriée. En effet, deux masseurs-kinésithérapeutes doivent coter de manière identique une déficience ou une incapacité concernant le même patient.

Le référentiel est basé sur des échelles et des cotations précises, validées et reconnues, utilisables par tous. Exemple : EVA (Echelle Visuelle Analogique), échelle d'Ashworth. Celles-ci sont détaillées dans l'annexe du référentiel et consultables lors du « remplissage » de la grille. D'où la reproductibilité. Il existe néanmoins un temps d'adaptation à son utilisation : au début remplir la grille prend du temps, mais une fois intégrées les références seront vite mémorisées par le praticien.

4.2.2. Apports de commentaires et d'informations

Les compléments sont indispensables : bilans articulaire et musculaire complets.

Un commentaire précise une déficience, un objectif, la cause d'un retard, renseigne sur un comportement, la date d'une intervention (ablation d'un fixateur externe) ou tout autre échéance influant sur le traitement (autorisation d'appui total), etc.

Ces informations supplémentaires, désignées par le terme « lien » sur le logiciel, sont signalées par un « livre ouvert » et accessibles d'un simple clic. Elles prennent toute leur importance lors des transmissions.

4.2.3. Apport visuel de l'évolution à l'aide d'une courbe

Le diagramme se présente en étoile (annexe IX)

Le but étant d'élargir la courbe au maximum, c'est-à-dire de relier le maximum de cotation 1 (pas de déficience, pas d'incapacité).

Nous avons une vision rapide de l'état du patient et des objectifs prioritaires.

Afin de comparer l'évolution des déficiences et des incapacités d'une semaine à l'autre ou par rapport au début du traitement il est possible de superposer les courbes, mises en valeur par la couleur.

4.2.4. Facilité des transmissions

Toutes les informations concernant le patient, sa pathologie, ses projets, les actes effectués, donc les éléments essentiels à la prise en charge par un tiers sont rapidement consultables.

Si un événement notable se produit, le masseur-kinésithérapeute le consigne dans l'Eval'Kiné.

Ainsi, quand un autre masseur-kinésithérapeute se charge du patient, il dispose immédiatement des renseignements indispensables sur la progression du patient et l'évolution de sa pathologie

5. DISCUSSION

5.1. Avantages méthodologiques

L'Eval'Kiné constitue une méthode claire et fonctionnelle. En se fondant sur un langage commun et reconnu (CIH), la création d'un référentiel standard et précis favorise la cotation de déficiences et des incapacités permettant le choix des actes.

La méthode intègre également le PMSI par souci de simplicité et d'efficacité.

A partir des cotations, les objectifs essentiels sont définis parmi un choix de seulement 15 verbes d'action.

L'Eval'Kiné a pour but d'adapter la programmation des soins et des délais en fonction des objectifs déterminés.

En transcrivant sur une fiche unique toutes les informations relatives à la rééducation du patient, la traçabilité est assurée. En effet, son intégration au dossier du patient permet une communication totale entre masseurs-kinésithérapeutes et entre masseurs-kinésithérapeutes et les autres membres de l'équipe thérapeutique (médecin, infirmière, ergothérapeute, orthophoniste...).

Nous observons ainsi que la proposition d'Eric Viel est respectée : « lisibilité, simplicité, fonctionnalité, reproductibilité, sensibilité, repérabilité, information riche, fiabilité et traçabilité ». (10)

5.2. Test de l'application de la méthode au cas clinique proposé

L'application de la méthode a permis de fixer les objectifs et le programme de soins avec un maximum d'exhaustivité.

Toutefois la pratique a révélé l'obligation de modifier et d'ajuster le programme (temps et délais) en permanence pour tenir compte des difficultés de récupération, de la douleur, etc.

5.3. Intérêt lié à la prise en compte du projet du patient

La prise en compte des attentes du patient permet d'adapter les objectifs et le programme de soins dès la première heure. Ainsi, l'impact psychologique apporté au patient favorise son adhésion et permet une meilleure efficacité thérapeutique et une possible accélération des résultats.

5.4. Apport de l'informatique

L'application de la méthode ne peut se concevoir qu'avec l'aide de l'informatique en raison des gains de temps qu'apporte celle-ci (aides à l'utilisation du langage, duplications hebdomadaires, mémoire, facilité de modification, éditions...)

5.5. Difficultés de la méthode

L'Eval'Kiné constitue tout de même une astreinte pour les masseurs-kinésithérapeutes. En effet, la rédaction de la fiche prend du temps. Un bilan précis et objectivé en association avec la consultation du référentiel sont indispensables. Il en est de même de la programmation des temps prévisionnels. Cependant, grâce à l'informatique et une utilisation répétée, la méthode bien maîtrisée limitera les temps consacrés au moment de la prise en charge et devra déboucher sur une qualité de soins améliorée.

La prise en charge de patients lors de séjours hospitaliers de courte durée (quelques jours) justifie- t-elle la mise en place de tout le système Eval'Kiné? En effet cette méthode propose de noter la progression du patient d'une semaine à l'autre, et non du lundi au vendredi de la même semaine. Mais elle peut être utile dans le cas de pathologies chroniques et de séjours plus longs.

6. CONCLUSION

La méthode Eval'Kiné constitue une méthode globale d'évaluation des déficiences et des incapacités. En intégrant les attentes du patient et donc son adhésion, nous pourrons bénéficier d'informations riches et fiables pour définir un diagnostic kinésithérapique et des objectifs précis et pour construire un programme de soins adapté et modulable.

Le réel apport de la méthode Eval'Kiné est l'optimisation du temps consacré au patient et l'efficacité permanente des soins.

La fiche Eval'Kiné, document de synthèse, assure une communication intermédicale devant conduire à une qualité thérapeutique transparente.

Elle répond à l'attente des patients et des pouvoirs publics.

La garantie Qualité favorisera la reconnaissance de la profession et contribuera à la pérennisation de son indépendance.

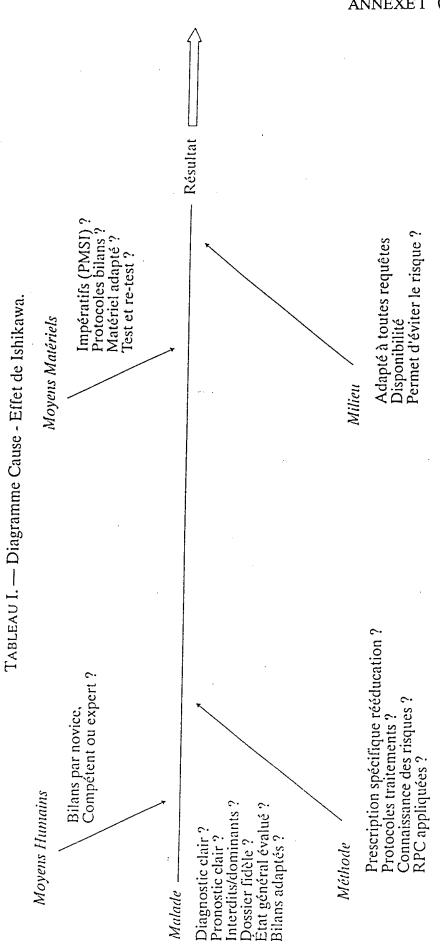
BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, modifié le 20 juin 2000.
- DONIO G. L'évaluation en pratique libérale: proposition d'une fiche bilan critériée.
 Annales de kinésithérapie, Masson, Paris, 2000, t.27, n°4, p. 171-175.
- GEDDA M., TRUDELLE P. ET COLLAB. Enquête de pratique sur le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Annales de kinésithérapie, Masson, Paris, 2000, t.27, n°5, p. 205-228.
- 4. G.R.E.C.K.O. Référentiel d'évaluation « Eval'Kiné », Mesure des déficiences et des incapacités. Version 2000/2.
- GRUNBERG M. Eval'Kiné: Méthode Evaluative en Masso-Kinésithérapie. Réeducation.
 Paris: Expansion Scientifique Française 1996 (Journée de Médecine physique et de rééducation) p. 216-217
- GRUNBERG. M. Article: Eval'Kiné: Outil d'Evaluation en Masso-Kinésithérapie.
 Kinésithérapie Scientifique 2001, n° 407, p. 37 42

- 7. Organisation mondiale de la Santé. Rapport du Comité O.M.S. d'experts de la prévention des incapacités et de la réadaptation des handicapés. Prévention des incapacités et réadaptation des handicapés. Série de rapports techniques, 668, 1981, 44p.
- RIEUNAU Georges. Manuel de Traumatologie, 4^{ème} édition, Guy UTHEZA, Paris, Masson, 1983, p. 71 et 73, 278 p.
- 9. VIEL E. Le dossier du patient de rééducation, une préoccupation pour le praticien libéral autant que pour le salarié, Annales de Kinésithérapie. Paris, Masson, 1999, t.26, n°3, pp.98-116.
- 10. VIEL E. Le diagnostic kinésithérapique. Paris, Masson, 1998, 132 p.

ANNEXES



ANNEXE II

Définitions selon l'OMS (7)

Classification des déficiences

Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. (note : la notion de « déficience » est plus large que la notion de « trouble », car elle comprend aussi les pertes de substance ; par exemple, la perte d'une jambe est une déficience, mais non un trouble)

Classification des incapacités

Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Classification des désavantages

Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

PAHENT	•		
Nom	:		
Prěnom	:		
•			
Né(e) le	:		
•	:		
Diagnostic			
	•	•	,
Date du diagnostic	:		
Date de chirurgie			
···	•	*	•
Code diagnostic			
Code diagnostic	· LULULUL		
Date in the	•		
Date d'entrée			•
		•	•
Date de sortie	·		
Service :	·		
	•	•	
	•		
	•		
COTATION			
OIAIION	0 : Item non testé		
	1 : Pas de déficience, pas	d'incapacité	
	2 : Déficience ou incapacité	-	
		é visible par tous ; permet la fonction	ວກ
		é interdisant en partie la fonction	
	5 : Déficience ou incapacité		
			•
BJECTIFS	•	•	4
20201110	1: Augmenter	6 : Entraîner	11 : Prévenir
	2 : Compenser	7 : Entrainer	11 : Prevenir 12 : Réadapter
	3 : Désencombrer	8 : Evaluer	13 : Récupérer
	4 : Diminuer	9 : Faciliter	14 : Résorber
	5 : Eduquer	10 : Immobiliser	15 : Vérilier
			ID. VCIIICI

ANNEXE IV

Le diagnostic kinésithérapique

Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur- kinésithérapeute. (1)

La définition généraliste du diagnostic par l'Association française de normalisation (AFNOR) est : « mise en évidence de points forts et de points faibles d'éléments observables pour formuler des objectifs d'évolution. »

La définition de l'association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFREK) est : « le diagnostic kinésithérapique est un processus d'analyses des déficiences et des incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent :

- D'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés.
- De choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre. »

Pour Eric Viel, c'est la : « mise en évidence de points forts (capacités) et de points faibles (incapacités) à partir d'éléments observables, pour formuler des objectifs. C'est ici qu'intervient le processus décisionnel. A partir de ce qui a été évalué, il devient possible de choisir des actes et d'établir un plan d'intervention. »

ANNEXE V

Fixateur externe de Hoffmann (8)

Le principe du fixateur externe est simple : il s'agit de transfixier avec des broches les fragments osseux, puis de solidariser les broches par jeux de 2 ou 3 au moyen de plaques spéciales de serrage ; puis de réunir par des barres « externes » au segment de membre, les plaques de serrage. Le foyer de fracture est maintenu à distance, par l'extérieur, c'est une méthode qui permet de synthéser les fractures sans aborder réellement le foyer. Elle n'est pas sans inconvénient : son agressivité biologique est plus importante qu'on peut le penser.

Traitement des fractures ouvertes par le fixateur externe de Hoffmann. Il permet la mise en compression; le montage « à la cardan » qui unit broches et fixateur n'oblige pas à une remise en ligne préalable des fragments. (planche 16 p. 71)

Classification de Cauchoix:

Elle concerne les lésions cutanées lors de fractures.

Type I: ouverture ponctiforme, suturable sans mise en tension de la peau.

Type II : ouverture large avec contusion cutanée, risque de nécrose.

Type III: perte de substance plus ou moins importante rendant impossible la fermeture cutanée.

ANNEXE VI

Classification selon BRUNNER:

Brunner décrit 4 stades dans l'évolution d'un dysfonctionnement lymphatique.

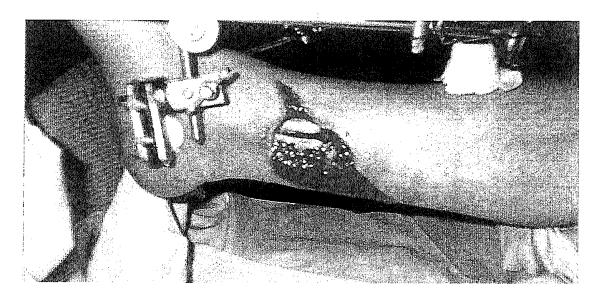
Stade I: Infraclinique, seule la lymphographie montre un dysfonctionnement lymphatique

Stade II : Présence d'un œdème avec signe du pli cutané de la face dorsale du deuxième orteil. Cet œdème disparaît après déclive.

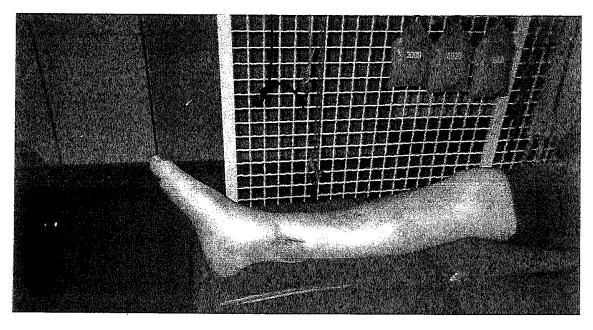
Stade III: L'œdème n'est pas réversible après déclive; la déformation du membre n'est pas importante.

Stade IV: C'est le stade d'éléphantiasis avec œdème fibreux qui donne au membre un aspect hypertrophique.

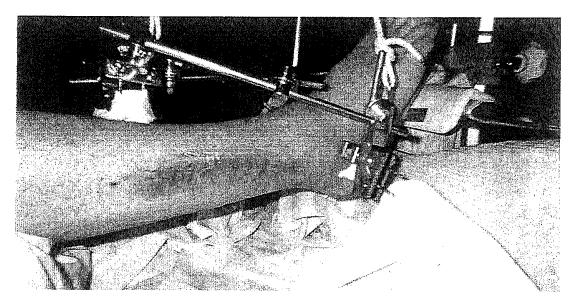
ANNEXE VII



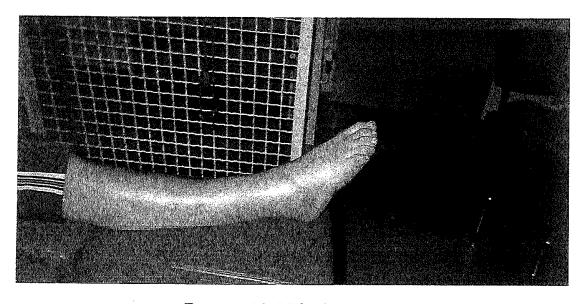
Etat cutané le 5 juin 2000



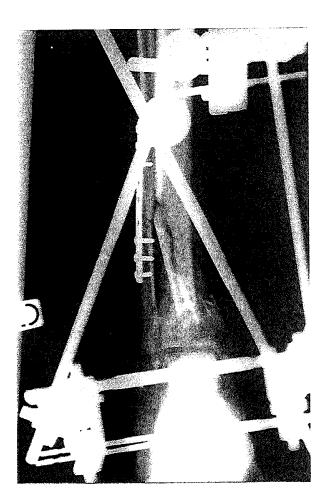
Etat cutané le 26 février 2001



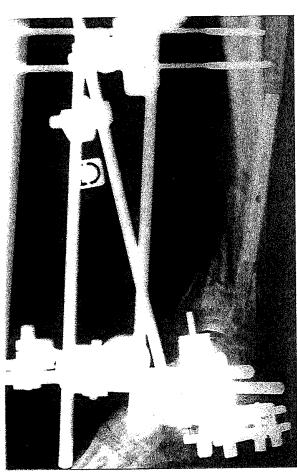
Etat cutané le 5 juin 2000



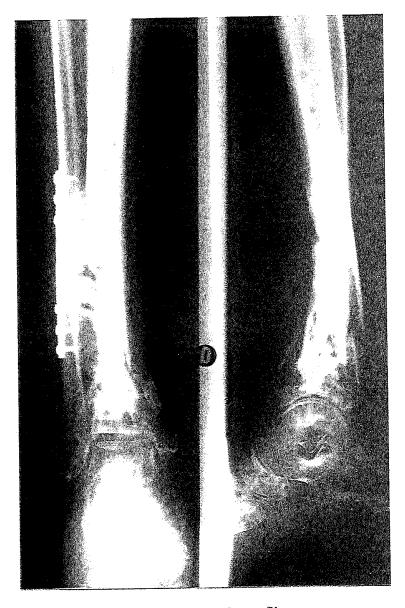
Etat cutané le 26 février 2001



Radio de face le 28 août 2000



Radio de profil le 28 août 2000



Radio de face et de profil Le 6 février 2001

PAHENI	•		
Nom:	<u>CB</u>		
Prénom:	JP .	· ·	
•			
Né(e) le :	18.07.1944	- 	
N° dossier :		_	
Diagnostic:	Fracture ouver	le tibia diat (caucha'x III
•	luxation Epo		,
Date du diagnostic :			
Date de chirurgie :		- .	
· · ·	05 06.00	-	•
Code diagnostic :			
Code diagnostic.	البالاالالالاالا		
	•		
Date d'entrée :		–	
Date de sortie prévue :		_	•
Date de sortie :			
Service :			
	•		
	· ·		
COTATION			
•	0 : Item non testé		
	Rem non teste Pas de déficience, pas d'incapa	aritė	
	2 : Déficience ou incapacité visible		
	3 : Déficience ou incapacité visible	- ·	
	4 : Déficience ou incapacité interdi		
	5 : Déficience ou incapacité interdi		
		•	
OD IECTIES			
DBJECTIFS	4 4 4	6 : Entraînor	11 : Prévenir
	1 : Augmenter	6 : Entraîner 7 : Entretenir	12 : Réadapter
	2 : Compenser 3 : Désencombrer	8 : Evaluer	13 : Récupérer
	3 : Desencombrer 4 : Diminuer	9 : Faciliter	14 : Résorber
	5 : Eduquer	10 : Immobiliser	15 : Vérifier
:	5. Euddaei	to . minophiser	IJ. Vermei

PATIENT	•		
Nom:	CB		
Prénom:	JP .		
•			
Né(e) le :	18 07.1844	-	
N° dossier :			
Diagnostic:	Fracture purely	tipia droit (rouc	has TIT
•	luxahin épaul	le droik	
Date du diagnostic :	05 06 00	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Date de chirurgie :	05 06.00	_	
		-	
Code diagnostic :			
	نے اسے اسے اسے اسے ا ن		
Date d'entrée :			
Date de sortie prevue :		-	
Date de sortie :		·	
		_	
Service :	•		
			
COTATION			•
	0 : Item non testé		
	1 : Pas de déficience, pas d'incapa		
	2 : Déficience ou incapacité visible	- · ·	
	3 : Déficience ou incapacité visible	•	
	4 : Déficience ou incapacité interdis 5 : Déficience ou incapacité interdis		
			•
AD IECTIES			
BJECTIFS			
	1 : Augmenter	6 : Entraîner	11 : Prévenir
	2 : Compenser	7 : Entretenir	12 : Réadapter
	3 : Désencombrer	8 : Evaluer	13 : Récupérer
	1 : Diminuer	9 : Faciliter	14 : Résorber
;	5 : Eduquer	10 : Immobiliser	15 : Venfier

PAHENI	2		
Nom	:CB		
Prénom	: <u>4</u> c		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
·			
Né(e) le	: 18.07.1344	•	
N° dossier		· · ·	
Diagnostic	: Flacture ower	k hibra droit (a	auchair III)
	- Activities Consider	ule droite	marax m)
Date du diagnostic		made and w	
Date de chirurgie			
· · ·	. 03.00.00		•
Code diagnostic :			
code diagnostic.			
Data danti.			
Date d'entrée :		.*.	•
Date de sortie prévue :		· ·	
Date de sortie :			
Service :			
	•	•	
	•		
	•		
COTATION			
•	0 : Item non testé		
	1 : Pas de déficience, pas d'i	incapacité	
	2 : Déficience ou incapacité		
		visible par tous ; permet la fonction	
	4 : Déficience ou incapacité i	nterdisant en partie la fonction	
	5 : Déficience ou incapacité i		•
•	•		
		·	
DBJECTIFS			
•	1 : Augmenter	6 : Entraîner	11 : Prévenir
	2 : Compenser	7 : Entretenir	12 : Réadapter
3	3 : Désencombrer	8 : Evaluer	13 : Récupérer
4	: Diminuer	9 : Faciliter	14 : Résorber
5	5 : Eduquer	10 : Immobiliser	15 : Vérifier

THESE EVAL'KINE ET TRANSMISSION

r	
: <u>CB</u> : JP	
18.07.44	
: E.G : 10, 10, 2000 : 42	
se EVAL'KINE	Diagnostic MK
leure que précédement modifications hotoires	
Objecti	ifs MK
er l'ordème ir des les adl	héseuces cutaries
edion et décharage	d'entrehieut ent des amplitudes articulaires ent supérieurs
)
Priorités MK d	u projet patient
et demandeur , u à prendre onsu	de la date de repried appui. ieuce que la rééducation. Lil s'insuière pour son travail

ÉVAL'KINÉ

Projet thérapeutique en masso-kinésithérapie

ATIENT				
Nom:	CB			
Prénom :	JP:			
Né(e) le :	18.07. 1844	<u> </u>		
N° dossier:				
	Fracture au	uste tima	droit (rauchaix III)
		paule devite		
Date du diagnostic :				•
Date de chirurgie :			· · · ·	•
	<u> </u>	<u></u>	•	•
Code diagnostic :			•	
Code diagnostic :	السالسالسالسا			
Date d'entrée :	,			•
Date de sortie prévue :			•	•
				
Date de sortie :				
0				
Service :				
	,			
			•	
COTATION		•		
•	0 : Item non testé			
	1 : Pas de déficience, pas			
	2 : Déficience ou incapaci			
		té visible par tous ; permet l		
		té interdisant en partie la for	nction	
	5 : Déficience ou incapaci	té interdisant toute fonction		
• .	•			
OBJECTIFS				
	1 : Augmenter	6 : Entraîner		11 : Prévenir
	2 : Compenser	7 : Entretenir		12 : Réadapter
	3 : Désencombrer	8 : Evaluer		13 : Récupérer
	4 : Diminuer	9 : Faciliter		14 : Résorber

Méthode déposée - INPI n° 09170 Tous droits réservés au GRECKO Duplication autorisée, modification interdite.

10: Immobiliser

5 : Eduquer

SYNTHESE EVAL'KINE ET TRANSMISSION

PATIENT	i i		\mathbf{X}_{i}
Nom:	CB		
Prénom :	75		-
Ně(e) le : Admis le :	18.07.44		
N° dossier :			٠.
MK:	E6		
ate de la fiche :	25 10.1000		-
N° de semaine :	43		
Synthèse	EVAL'KINE	Diagno	ostic MK
s doublurs is d'autres	dimineent modifications	quotidiennes of factes du	jour de l'ablat eaterne le 26/11 remparé por
	Object	tifs MK	
- prévenir	,	ient des amplita	ides orticulaires
		•	•
	·	•	
	Priorités MK d	u projet patient	
. CB est h	oujours luquiet	pair son movail	•

GRECKO - 2000 Duplication autorisée, modification interdite.

ÉVAL'KINÉ

Projet thérapeutique en masso-kinésithérapie

PATIENT			
Nom	: CB		
Prénom			
Né(e) le	: 18.07 1844	•	
N° dossier			
	Frachero Ower	je tibia droit (cau	choix 11)
Diagnosac	110 ob	émulo droite	·
Date du diagnostic	· C O	Allies codes	•
Date de chirurgie	: <u>05 06 . W</u>		
Code diagnostic			
Date d'entrée	:		•
Date de sortie prévue		• ,	-
Date de sortie			
			
Service			
,	•	•	
COTATION			
	0 : Item non testé	d'in anno ait à	
	1 : Pas de déficience, pas 2 : Déficience ou incapacit		
		é visible par tous ; permet la fonction	
	•	é interdisant en partie la fonction	
	5 : Déficience ou incapacit		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•	
		•	
BJECTIFS			
DOLO III O	1 : Augmenter	6 : Entraîner	11 : Prêvenîr
	2 : Compenser	7 : Entretenir	12 : Réadapter
	3 : Désencombrer	8 : Evaluer	13 : Récupérer
	4 : Diminuer	9 : Faciliter	14 : Résorber
	5 : Eduquer	10 : Immobiliser	15 : Vérifier

Méthode déposée - INPI n° 09170 Tous droits réservés au GRECKO Duplication autorisée, modification interdite.

Graphe comparatif des cotations Eval Kiné

Nom du patient CB

JP

Séjour du 27/09/2000 **au** 30/04/2001

МК јр

С

Première fiche le 29/09/2000 **Deuxième fiche le** 25/10/2000

