

## BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE : CE QUI CHANGE EN 2010

Olivier ZERBIB

*Kinésithérapeute ergonomiste, Paris*  
olivier@zerbib.fr

UN CERTAIN NOMBRE D'ÉVOLUTIONS dans le domaine du bilan-diagnostic kinésithérapique ont pris place cette année. Elles concernent notamment les relations entre les kinésithérapeutes libéraux, les caisses de Sécurité sociale et les mutuelles.

Afin de promouvoir et de faire connaître ces changements, la CPAM a organisé une campagne destinée à informer les praticiens des nouveautés qui pour certaines sont déjà effectives et pour d'autres prendront place dès 2011. Il semble plus que jamais nécessaire de faire un point sur ces modifications afin que chaque kinésithérapeute puisse en bénéficier dès à présent et améliorer ses télétransmissions vis-à-vis des différentes caisses et mutuelles.

Dans un premier temps, il convient de rappeler que, désormais, les bilans-diagnostic kinésithérapiques sont remboursés par la Sécurité sociale selon les modalités suivantes. Deux cas de figure se présentent. Suite à une prescription médicale, le kinésithérapeute est habilité à réaliser un bilan-diagnostic isolé. Cet acte peut être facturé à la CPAM par télétransmission dans la mesure où le patient ne bénéficie pas de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement. En clair, si le patient n'est pas en rééducation chez un kinésithérapeute, ce dernier pourra quand même facturer un bilan-diagnostic à la CPAM, du moment qu'il a été prescrit par un médecin.

Les cotations des bilans isolés ne sont pas les mêmes que pour ceux faisant partie d'un traitement de rééducation et ayant pour objectif de faire le point sur l'état initial du patient avant le début du traitement ou de son évolution au cours de sa rééducation. Dans le cas d'un bilan ostéo-articulaire simple lié aux conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non, pour un membre le bilan sera facturé

selon un AMK 5. Pour deux membres ou un membre et le tronc, la cotation passera à un AMK 8. Pour l'ensemble du corps, le bilan isolé sera facturé AMK 10. 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, étayé par des mesures des amplitudes articulaires réalisées à l'aide d'un goniomètre.

Éventuellement, le bilan devra préciser la dimension des segments de membres ou toute autre observation qui pourrait s'avérer utile pour la prise en charge la plus adaptée du patient. En outre, il pourra être appuyé par des examens complémentaires et éventuellement par une iconographie photographique.

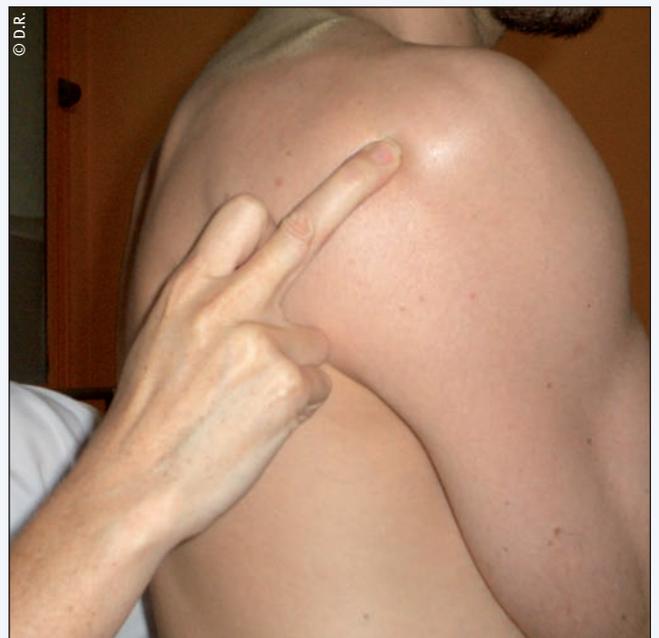
Plusieurs points sont à relever dans cette mesure. Le premier est que les Pouvoirs

publics reconnaissent par le biais du remboursement des bilans par l'assurance maladie, la compétence particulière des kinésithérapeutes pour réaliser de tels bilans.

Le deuxième point est que l'utilité des bilans-diagnostic kinésithérapiques est enfin reconnue. Si ce n'était pas le cas, ces derniers ne seraient certainement pas remboursés.

Enfin, la CPAM veut clairement pousser les praticiens à coucher sur papier ou à les stocker sur un ordinateur leurs bilans en les structurant et en les enrichissant de documents générés par le kinésithérapeute. D'ailleurs, les logiciels de télétransmission ont subi de nombreuses mises à jour qui permettent notamment de scanner les prescriptions médicales, mais également les attestations d'affiliation à la Sécurité sociale ou encore les examens complémentaires. Ainsi, il est possible, si on dispose d'un scanner couplé à son ordinateur, de conserver une trace des radiographies d'un patient et de pouvoir en apprécier l'évolution dans le temps.

Cette possibilité ouvre de nouvelles perspectives en matière de rééducation car jusqu'à présent, à moins d'une organisation du cabinet extrêmement lourde, il n'était pas possible de conserver une trace de tous ces documents et de les comparer dans le temps. Désormais, cela devient un jeu d'enfant et les radios tout



**Figure 1**  
Douleur à la palpation  
de l'infra-épineux

**Tableau I**

Cotation des bilans isolés

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<b>Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques, inflammatoires ou non :</b>		
– pour un membre :	5	AMK ou AMC
– pour deux membres ou un membre et le tronc :	8	AMK ou AMC
– pour tout le corps :	10	AMK ou AMC
<b>Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé, et notamment :</b>		
– 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.		
<b>Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :</b>		
– pour un membre :	5	AMK ou AMC
– pour deux membres ou un membre et le tronc :	10	AMK ou AMC
– pour tout le corps :	20	AMK ou AMC

comme les examens complémentaires d'un patient peuvent être retrouvés sur l'ordinateur en un simple clic.

Les testings neuromusculaires permettant d'évaluer les conséquences motrices des affections neurologiques sont également remboursés par la Sécurité sociale. Pour un membre, la cotation sera un AMK 5, pour deux membres un AMK 10 et enfin pour tout le corps un AMK 20. Notez que le testing neuromusculaire concernant l'ensemble du corps est très long à réaliser, ce qui justifie amplement cette cotation plutôt inhabituelle (tab. I).

Maintenant que la cotation des bilans isolés est éclaircie, que doivent-ils comporter précisément ? Ce qui suit étant valable aussi bien pour les bilans isolés que pour ceux s'intégrant à un traitement de rééducation déjà débuté. 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 kinésithérapeute et comporte l'évaluation initiale des déficiences (fig. 1). Autrement dit, l'analyse des déformations, les différentes amplitudes articulaires, l'évaluation de la force motrice, de la sensibi-

lité, de la douleur et de tout ce que le kinésithérapeute note durant son examen clinique du patient.

En annexe, il est possible de définir les capacités de compréhension du patient, notamment en cas de pathologies neurologiques centrales ou encore ses aptitudes à comprendre et réaliser les consignes données par le thérapeute.

La structure du bilan doit toujours démarrer par la détermination initiale des incapacités fonctionnelles telles que l'évaluation des aptitudes gestuelles, la possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et/ou de la vie professionnelle. La logique veut que l'on parte du général pour approfondir le bilan vers les données plus spécifiques. Ainsi, dresser l'état des incapacités fonctionnelles permet ensuite d'orienter le bilan vers des zones plus précises du corps et de "zoomer" encore plus précisément sur une structure anatomique (articulation, os, tendon, muscle, ligament, tissu nerveux ou encore tissu conjonctif) (fig. 2).

Les évaluations du bilan kinésithérapique permettent dans un premier temps de poser un diagnostic précis, puis de choisir les actes et techniques les plus appropriées à la pathologie mais aussi à la condition physique et psychique du patient. Nous ne sommes pas des



**Figure 2**  
Luxation des péroniers latéraux

psys, loin de là, mais cet aspect doit aussi entrer en ligne de compte, dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.

L'état du patient évoluant au fil du traitement, le bilan doit régulièrement être enrichi par la description du protocole thérapeutique mis en œuvre à un instant T et de son évolution au cours du temps. Ainsi, on notera les actes et techniques employées, le nombre et le rythme des séances, le lieu du traitement qu'il se déroule au cabinet ou au domicile du patient et enfin si le traitement est individuel ou réalisé en groupe.

Rassurez-vous, les logiciels de télétransmission intègrent tous des rubriques permettant de remplir très facilement tous les éléments du bilan et de le structurer. Le praticien n'est pas livré à lui-même, ce qui facilite grandement sa tâche. La description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement viendra également enrichir le bilan. On pourra par exemple signaler qu'une technique employée n'est pas supportée par le patient ou encore si celui-ci a dû tout simplement interrompre son traitement pour cause de vacances.

De nombreux événements sont susceptibles de modifier le bon déroulement du traitement qui était prévu suite au bilan initial. Bien entendu, le bilan réalisé en cours de traitement ou à la fin de celui-ci devra comporter les résultats obtenus, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif que s'était fixé initialement le praticien et le patient. Il va sans dire que le bilan devra être le plus objectif possible.

Autre aspect intéressant, le praticien doit également inscrire dans son bilan les conseils qu'il a éventuellement donnés au patient. L'exem-

ple le plus classique concerne les conseils d'hygiène de vie lombaire. Ces conseils sont reconnus comme faisant intégralement partie du traitement. D'ailleurs, c'est aussi l'occasion de signaler si le patient semble prendre au sérieux ces conseils ou pas.

Bien souvent, la réussite d'un traitement de rééducation dépend de ce que le patient fait en dehors du cabinet et si oui ou non il applique les consignes qu'on lui a communiquées. Cette donnée est importante car même si elle reste relativement subjective, elle témoigne du degré d'implication du patient dans sa guérison.

Il ne nous est pas possible de surveiller nos patients 24 heures sur 24, mais dans certains cas, s'il apparaît que les consignes ne sont pas respectées cela permet d'insister sur l'aspect éducatif de notre pratique.

Enfin, le bilan sera clôturé par les propositions consécutives au bilan. Dans le cas d'un bilan initial, il conviendra de dire si le patient a besoin de recevoir des soins kinésithérapiques et dans le cas où le traitement est déjà entamé, s'il doit le poursuivre ou non. Le bilan peut également servir à réorienter le traitement ou à choisir des exercices d'entretien pour maintenir les acquis à la fin des séances ou à prévenir une éventuelle rechute.

Maintenant que le bilan est réalisé, que doit-on en faire ? Pour beaucoup d'entre nous, cette question soulève de nombreuses interrogations. Faut-il envoyer le bilan au médecin conseil, au médecin traitant ou aux deux ? Comment les envoyer ? Nos correspondants auront-ils réellement le temps et la volonté de nous lire et de prendre en considération notre bilan-diagnostic ?

En théorie, voici la marche à suivre. Le bilan-diagnostic doit être envoyé sous la forme d'une fiche de synthèse au médecin prescripteur dans la mesure où il s'agit d'un bilan initial qu'il a lui-même prescrit. Ce qui, entre nous, est bien la moindre des choses. Cette fiche de synthèse réalisée à partir du bilan initial doit comporter l'évaluation, le diagnostic kinésithérapique, le protocole thérapeutique retenu en précisant le nombre de séances nécessaires.

Ce bilan doit être adressé au médecin prescripteur dès le début du traitement. L'idéal serait de l'envoyer par mail ce qui éviterait de

**Tableau II**  
Quand faut-il adresser une entente préalable aux médecins-conseils des CPAM, à travers quelques exemples ?

Rééducation	Traitement habituel	Nécessité d'un accord préalable
Après entorse externe récente de cheville-pied	De 1 à 10 séances	À partir de la 11 <sup>e</sup> séance
Après arthroplastie du genou par prothèse totale	De 1 à 25 séances	À partir de la 26 <sup>e</sup> séance
Après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	De 1 à 40 séances	À partir de la 41 <sup>e</sup> séance
Après arthroplastie de hanche par prothèse totale	De 1 à 15 séances	À partir de la 16 <sup>e</sup> séance

payer systématiquement un timbre pour chaque envoi et surtout assurerait une transmission immédiate des informations.

La difficulté pour le kinésithérapeute, dans le cas présent, est de faire comprendre au patient que la première séance doit être entièrement consacrée à la réalisation du bilan. Ce n'est pas si simple, car lorsqu'un patient vient nous voir, il attend que nous puissions le soulager au plus vite, dans le cas où il souffre, et non d'uniquement l'examiner sous toutes les coutures. Le bon sens sera, dans les cas les plus urgents, de soulager au plus vite le patient, dès la première séance, et ensuite lui donner rendez-vous pour réaliser le bilan.

Même si le bilan risque d'être un petit peu faussé par cette démarche, du moins sur le plan de la douleur, il y a fort à parier que le problème de fond dont souffre le patient ne sera pas réglé en une séance. Dans les cas les plus urgents, cela semble un bon compromis qui permettra de faciliter l'acceptation du bilan par le patient. Mais il ne s'agit là que d'un avis personnel et donc sujet à discussion. Chaque praticien pourra se faire sa propre idée en fonction de l'état du patient et de la situation qui se présente à lui.

Toutefois, en ce qui concerne l'envoi du bilan, si le nombre de séances préconisées est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de l'entente préalable. Là aussi, l'idéal serait de l'envoyer par mail mais, à ma connaissance, les logiciels de télétransmission n'offrent pas tous cette possibilité, pour le moment. Sans doute un élément qu'il faudra améliorer dans le futur.

Pour rester dans le domaine des DEP (Demande d'entente préalable), il n'est désormais pas obligatoire de les adresser systématiquement aux médecins-conseils de la Sécurité sociale. Les modalités d'envoi des DEP sont consignées dans le tableau II.

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique doit être systématiquement adressée au médecin prescripteur dans la mesure où le nombre de séances est supérieur ou égal à 10. Le cas échéant, cette fiche comportera les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances.

À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou pour interrompre le traitement.

Conformément aux recommandations habituelles de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), la fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique doit être tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande. Bien entendu, les informations du bilan sont couvertes par le secret médical.

En pratique, dans bien des cas, le médecin prescripteur n'est pas intéressé par le fait de recevoir les bilans kinésithérapiques, sans doute par manque de temps pour les lire, parce qu'il fait confiance au kinésithérapeute ou encore parce qu'il n'est pas forcément informé des nouvelles dispositions prises dans ce

domaine. Néanmoins, cela n'ôte pas au kinésithérapeute la possibilité de réaliser son bilan diagnostique kinésithérapique et de le facturer auprès de l'assurance maladie. Nous devons dans tous les cas de figure garder une trace des bilans que nous réalisons, que ce soit sous forme papier ou numérique, car une fois qu'ils sont facturés à la CPAM, ils peuvent être réclamés par le médecin-conseil de la caisse.

Les modalités de rémunération sont différentes pour le bilan en cours de traitement de celle du bilan initial. Ainsi, si celui-ci intervient durant le traitement ou au moment du renouvellement de la prescription par le médecin en cas de prolongation des soins, la cotation sera forfaitaire. Cette cotation en AMS ou en AMK ne pourra être appliquée que pour un nombre de séances supérieur ou égal à 10.

Dans le logiciel de télétransmission, il conviendra de coter le bilan en AMS 8,1 pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances. Le bilan-diagnostic pour un nombre de séances compris entre 10 et 50 sera coté en AMS 10,1, puis de nouveau toutes les 50 séances pour tout traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.

N'oublions pas que le bilan est facturé en plus des séances et qu'il n'est pas comptabilisé dans le nombre des séances prescrites par le médecin.

À titre d'exemple, les statistiques de l'assurance maladie indiquent que les kinésithérapeutes parisiens n'ont facturé que seulement 11 bilans pour 954 actes réalisés en 2008, soit 1,2 % et 13 bilans pour 1 043 actes en 2009, c'est-à-dire toujours 1,2 %. Aucune progression n'a été observée entre ces deux années, ce qui a poussé l'assurance maladie à constater le manque d'information autour du bilan kinésithérapique (ce qui est un fait) et d'y remédier par une campagne de sensibilisation réalisée auprès des praticiens. Et pourtant, le bilan est une étape de notre prise en charge qui est faite par tous les kinésithérapeutes, dès qu'ils reçoivent un patient, que ce bilan soit couché sur papier ou pas.

Enfin, et pour conclure, je vous avoue pour ma part que cet article n'est pas le plus "passionnant" que j'ai eu à écrire mais qu'il permettra sans doute, par la généralisation de la facturation des bilans, d'augmenter sensiblement le

chiffre d'affaires des kinésithérapeutes exerçant en libéral. Il est donc clair qu'il valait le coup de se pencher sur cette épineuse question. ♦



## Le site du mois

[www.ameli.fr/professionnels-de-sante.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante.php)

*Dès cette année, le nouveau portail "Votre espace Pro" facilitera l'interaction entre les kinésithérapeutes et l'assurance maladie pour le bénéfice de chacun des intervenants du système de santé : professionnels de santé, patients, assurance maladie. Il est constitué d'un bouquet de services disponibles depuis une page d'accueil unique.*

*À partir d'une seule icône sur le bureau de l'ordinateur, il suffit de votre carte "CPS" comme seul identifiant et de la carte Vitale du patient pour certains services afin d'accéder simplement et en toute sécurité à "Votre espace Pro".*

*Ce site regroupe, entre autres, les fonctionnalités du compte AMELI. Cet espace personnalisé et sécurisé centralise les informations administratives, comptables de votre activité, tout en reprenant l'ensemble de vos démarches.*

*Toutes vos informations sont stockées et consultables en ligne telles que vos paiements, votre patientèle et les médecins traitants de chaque patient, les droits des patients, la commande d'imprimés, ou encore le relevé individuel d'activité et de prescriptions (SNIR).*

*De plus, il devient possible de contacter votre caisse en ligne et de trouver les informations relatives aux médecins traitants avec qui vous êtes en relation.*

*En 2011, ce portail évolutif sera enrichi de nouveaux services qui devraient en théorie simplifier notre activité sur le plan administratif. Sera mis en place un compteur des actes de kinésithérapie remboursés à vos patients, mais aussi la possibilité de gérer les DEP.*

*À partir du dernier trimestre 2010, un système de collecte des ordonnances aux cabinets sera organisé par l'assurance maladie, à des jours précis, comme cela se fait déjà pour les pharmaciens. Il deviendra aussi possible de télétransmettre les DEP mais de continuer à envoyer les ordonnances par le biais indiqué précédemment ou par la poste.*

*Les retours des médecins-conseils se feront aussi par télétransmission.*

*Enfin, il sera possible de consulter les demandes de prise en charge de nos confrères en cas de reprise d'un patient. Cette dernière mesure étant particulièrement intéressante pour voir où le patient en est de son traitement antérieur.*