

Congrès de la SAMER
Tlemcen 22-23 septembre 2012

Les Parcours de soins en Médecine Physique et de Réadaptation

**Alain P. YELNIK (1), Pierre Alain Joseph (2), Gilles Rode (3),
Francis LE MOINE (4)**

1 Pdt de la SOFMER, G.H. St Louis Lariboisière F.Widal, APHP, Université Paris Diderot

2 Pdt du COFEMER; Université Bordeaux, France

3 Hôpital H.Gabrielle, Université Lyon 1 69230 St Genis Laval France

4 Pdt de la FEDMER, Centre Hélio-Marin, UGECAM Paca et Corse, 06220 Vallauris



En France presque toutes les activités en MPR se font dans le cadre d'activités de « Soins de Suite et de Réadaptation »

≠ « MCO » (Médecine Chirurgie Obstétrique)
= tarification des soins à l'activité (T2A)
basée sur Diagnostics + Actes

« SSR » = budget global

Depuis 10 ans le ministère cherche à appliquer la T2A en SSR mais reconnaît la complexité et variété des situations

En SSR l'activité est décrite par le PMSI :

diagnostics + âge + dépendance + quantité de rééducation

Classifications des patients en Groupes de Morbidité dominante et élaboration d'un indicateur transitoire d'activité : l'Indicateur de Valorisation d'Activité (IVA) :

Critiques au PMSI : IVA:

- *Insuffisante description des patients par GMD basés uniquement sur des diagnostics
- *Relève les moyens dont dispose la structure et non les besoins des patients,
- *Chronophage.

Objectif double aux Parcours de soins en MPR :

- faciliter la connaissance du rôle de la MPR, de ses compétences et de ses objectifs,
- contribuer à l'élaboration d'une tarification adaptée aux activités en SSR par une approche qui ne soit pas uniquement « à l'acte ».

Le parcours de soins en MPR décrit pour chaque typologie de patients :

ses **besoins**,

la place et les objectifs d'une prise en charge en MPR,
les moyens humains, matériels (grandes lignes),
leur chronologie ainsi que les résultats attendus.

Il est basé sur la prise en compte :

de la sévérité des déficiences

ainsi que les facteurs personnels et environnementaux
selon le modèle de la Classification Internationale du
Fonctionnement.

Il se distingue du "programme de soins en MPR" ;
(*Union Européenne des Médecins Spécialistes l'UEMS et
Syndicat des médecins MPR, le SYFMER*) :

- Plus complet,
- Décrit dans le détail l'organisation des soins offerts selon les différentes modalités évolutives, notamment médicales, en application des recommandations dans l'exercice de l'art,
- Personnalisé par chaque équipe pouvant aller jusqu'à décrire des spécificités d'organisation locales.
- Un parcours peut comporter plusieurs programmes.

Le parcours de soins en MPR est, par besoin, un document plus court pour :

- * comprendre les besoins des patients et l'offre de soins à mettre en œuvre,
- * guider l'organisation et la tarification des soins.

**Selon la complexité des « pathologies »,
le parcours est décliné de 2 façons :**

* Parcours type 1 :

Catégories de patients selon la gravité des déficiences
déclinées selon des facteurs personnels et
environnementaux.

* Parcours type 2

Phases de soins après un acte (chirurgical),
déclinées en deux situations selon présence ou non de
complexité médicale (complications ou terrain antérieur).

Parcours type 1 :

AVC, Blessé médullaire, Traumatisé crânien,

Parcours type 2 :

Coiffe des rotateurs, ligamentoplastie genou, PTH, PTG

Disponibles sur www.sofmer.com ;

Publiés dans les Annals of Physical and Rehabilitation

Medicine : AVC, coiffe des rotateurs, ligamentoplastie de genou (nov 2011)

à paraître : BM, TC, PTH, PTG (nov 2012)

En préparation : épaule instable, chirurgie multisite chez enfant paralysé cérébral, SEP, Lombalgies

Parcours de soins en MPR après AVC

« Le patient après AVC »

4 parcours de soins différents tenant compte de

- la sévérité des déficiences,
- du pronostic fonctionnel

Modulés en fonction de facteurs contextuels selon le modèle de la CIF.

« Le patient après AVC »

- *Catégorie 1* : une seule déficience,
 - . autonomie de marche,
 - . pas de besoin d'évaluation écologique.

Par exemple :

- . paralysie d'un bras (déficit moteur brachio-facial),
- . trouble du langage isolé sans trouble de compréhension (aphasie motrice pure),
- . trouble de la vision (Hémianopsie Latérale Homonyme),
- . trouble isolé et incomplet de la sensibilité (ataxie thalamique discrète)...

« Le patient après AVC »

- Catégorie 2 : plusieurs déficiences

- . hémiplégie complète
- . et/ou aphasie
- . et/ou négligence spatiale
- . et/ou troubles de déglutition transitoires...
- . ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche,

potentiel de récupération, projet d'autonomie probable.

Il s'agit d'AVC unilatéral;

« Le patient après AVC »

- *Catégorie 3* : Plusieurs déficiences dont au moins
 - . des troubles des fonctions cognitives (troubles de mémoire, du langage ou des fonctions exécutives)
 - . et / ou troubles du comportement

potentiel de récupération limité,
projet d'autonomie partielle ou impossible.

Il s'agit d'AVC hémisphériques totaux, bilatéraux ou multiples.

« Le patient après AVC »

- *Catégorie 4* : accident gravissime multiples déficiences associées

- . paralysies massives,
- . troubles de l'éveil et de la communication,
- . déficience respiratoire

aucun projet d'autonomie envisageable.

Il s'agit d'états cliniques de locked-in-syndrome et d'état végétatifs ou pauci-relationnels (EVC-EPR)

AVC bi-hémisphériques ou du tronc cérébral.

« Le patient après AVC »

Chaque catégorie de patients est analysée selon des paramètres personnels ou environnementaux de complexité qui justifieront des

compétences et moyens spécifiques,
parfois seulement du temps supplémentaire,
entraîneront des surcoûts.

et pour lesquels des indicateurs seront nécessaires dans le futur PMSI.

Ainsi chaque catégorie peut être déclinée de 6 façons :

a : déficiences sans difficulté ajoutée ;

b : nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement ;

c : inadaptation ou insuffisance du réseau médical ;

d : difficultés sociales et psychosociales ;

e : pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle ;

f : pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle.

exemple

Categorie 2 –points principaux

« Le patient après AVC »

Extraits de la catégorie 2

2.a. Déficiences sans difficulté ajoutée :

2.a.1. en Unité Neurovasculaire UNV :

Objectifs :

- avis d'orientation et sur les besoins de rééducation et réadaptation (reco.SOFMER, SFN,SFG 2008) ;
- prescription de la rééducation ultérieure ;
- bilan par les rééducateurs concernés et rééducation ;
- éventuels traitements précoces de complications (spasticité).

Moyens :

- une consultation par le médecin MPR ;
- kinésithérapie, orthophonie et ergothérapie quotidiennes, selon besoins.

2.a.2. Puis hospitalisation complète en « SSR système nerveux MPR »

Objectifs :

- préparation du retour au domicile ;
- dépistage et traitement des complications médicales ;
- rééducation intensive pour récupération maximale et réadaptation pour adaptations aux déficiences et limitations d'activité restantes.

Durée : 1 à 4 mois.

Surveillance médicale quotidienne, soins infirmiers spécialisés pluriquotidiens (...).

Soutien psychologique pour patient et entourage.

Besoin de service social spécialisé, visites à domicile par l'équipe.

Plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisé (personnel et équipements) :

- rééducation multi-intervenants quotidiens $>$ ou $=$ à 2h/j (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, neuropsychologue, voire psychomotricien) ;

- besoins spécifiques en neuro-orthopédie (notamment traitements de la spasticité), neuro-psychologie, neuro-urologie, appareillage ;

- équipements de rééducation et évaluation du mouvement (= toute structure SSR spécialisée MPR à orientation neurologique).

2.a.3. Puis retour à domicile, le processus de réadaptation étant suivi selon les besoins :

- Soit en HDJ de MPR :

Objectifs : poursuite d'un gain sur la récupération ...
traitements spécifiques (spasticité, douleur), réinsertion professionnelle...

Besoins de compétences de rééducation non disponibles en libéral et d'une coordination du projet de réadaptation.

Exemple de patients : sujet en activité professionnelle, hémiplégié avec déficiences sensibles ou cognitives,

Fréquence 3 à 5/semaine / 1 à 3 mois,

soit en HDJ seule,

soit en HDJ + rééducation en libéral (kinésithérapie et orthophonie),

puis rééducation en libéral

- Soit équipe mobile de réadaptation ou Hospitalisation à Domicile (HAD) de réadaptation.
- Soit rééducation en secteur libéral à domicile si les besoins peuvent être couverts par les professionnels libéraux (kinésithérapie et orthophonie).

- Durée de la rééducation motrice : le plus souvent inférieure à un an (3/semaine) mais peut nécessiter une durée supérieure selon certains besoins spécifiques (récupération différée, forte spasticité, troubles orthopédiques...)
- Durée de la rééducation de l'aphasie (2 à 3/semaine) souvent un voire deux ans.
- L'auto-entretien est appris et encouragé.

2.a.4. Suivi MPR en consultations après hospitalisation complète ou de jour : 1 à 3 mois systématiquement après la sortie d'hospitalisation puis selon besoins.

Les structures assurant le suivi spécialisé en externe au long cours doivent être identifiées avec moyens spécifiques.

2.b. Nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Idem 2.a, le temps nécessaire à la réalisation de travaux au domicile ou de changement de logement peut imposer l'allongement du séjour en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

2.c. Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Le manque de possibilité de réponse aux besoins médicaux et rééducatifs impose l'allongement de la durée d'hospitalisation en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

2.d. Difficultés sociales et psychosociales :

Idem 2.b mais il faut trouver les indicateurs de dimension sociale pour valoriser le séjour.

...manque aigu de structures d'hébergement pour personnes en situation de vulnérabilité et présentant des handicaps moteurs ou cognitifs.

Besoin de séjours « hôteliers purs » avec service social et rééducation en secteur libéral (type de prise en charge à créer !).

La durée nécessaire à la réponse aux problèmes sociaux peut nécessiter le passage en SSR polyvalent...

2.e. Pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle :

Selon la gravité des questions médicales :

- * Idem 2.a : 1 à 3 mois supplémentaires peuvent être nécessaires,
durée quotidienne de rééducation moindre au début,
coût supérieur en consultations médicales
spécialisées, actes et traitements ;
puis retour à domicile

- * SSR sujet âgé polypathologique selon âge et état antérieur.

- * Eventuel autre SSR spécialisé selon besoin.

2.f. Pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle :

Evaluation psychiatrique nécessaire dès l'UNV.

*Hospitalisation complète SSR système nerveux
MPR avec psychiatre et psychologue

*ou service de post-cure psychiatrique avec
implication de l'équipe pluridisciplinaire de MPR ;

durée de séjour selon besoins psychiatriques ;

sortie à domicile avec l'appui de structure psychiatrique
de secteur éventuellement renforcée par HDJ MPR

Dans tous les cas (2.a à 2.f) :

- * Consultation MPR de bilan entre 6 et 12 mois.
- * Au-delà de 2 ans, bilan pluridisciplinaire de MPR en HDJ ou hospitalisation complète de semaine : reprise éventuelle de rééducation, prescriptions d'appareillage et de médicaments...

Le Traumatisé crânien

3 catégories :

- - Catégorie 1 (GOS 1 ou 2): réveil rapide en unité MCO, troubles cognitifs ...modérés, autonomie de marche.
- Catégorie 2 (GOS 2 et 3): réveil en unité MCO, troubles cognitifs et du comportement invalidants et/ou association de plusieurs déficiences ...potentiel de récupération, projet d'autonomie probable. Ce groupe est le plus important, environ 60% des patients
- Catégorie 3 (GOS 4) : tableau clinique et lésions cérébrales gravissimes; réveil retardé, multiples déficiences associées ...
= états végétatifs ou pauci-relationnels (EV-EPR) prolongés pouvant rester en forme chronique.

6 niveaux de complexité idem AVC

Le blessé médullaire

5 catégories :

- tétraplégie haute ventilée, niveaux neurologiques C1, C2, C3
- tétraplégie haute, C4, C5, C6
- tétraplégie basse, C7, et C8
- paraplégie haute, T1 à T9
- paraplégie basse, T10 à T12, L1 à L5, S1 à S5

6 paramètres :

- a : caractère incomplet de la lésion et de la paraplégie.
- b : âge, antécédents ...
- c : pathologies psychiatriques ...ayant une incidence fonctionnelle.
- d : nécessité d'adaptation ... de l'environnement.
- e : inadaptation ou insuffisance du réseau médical.
- f : difficultés sociales.

« Le patient après rupture de coiffe des rotateurs opérée »

Patients ayant bénéficié d'une chirurgie programmée de la coiffe des rotateurs de l'épaule (geste palliatif ou geste curatif) pour lésion réparable ou non.

Déroulement du parcours de soins

- parcours en 4 phases pour les situations les plus habituelles

- décliné en 2 situations possibles :

 - un parcours type sans autre problème,

 - un parcours adapté à complications médicales ou terrain particulier

Phase 0 – préopératoire

Objectifs : Conserver ou récupérer les amplitudes articulaires... trophicité musculaire, éduquer le patient à l'auto-mobilisation...

Moyens :

Consultation par le médecin MPR dans le cadre d'un projet collaboratif avec le chirurgien :

- Bilan préopératoire analytique et fonctionnel ;
- Evaluation des conditions socio-professionnelles ;
- Prescription de séances de masso-kinésithérapie (MK) réalisée en soins ambulatoires :
- Proposition d'orientation pour réaliser la rééducation post-opératoire.

Phase 1 - jusqu'à 6 semaines post-opératoires (délai de cicatrisation tendineuse) (1)

Objectifs : Lutte contre la douleur... récupération de la mobilité passive de l'épaule...

Moyens

En MCO – suites opératoires immédiates

Consultation par le médecin MPR dans le cadre d'un projet collaboratif avec le chirurgien :

- Analyse des besoins de rééducation et réadaptation
- Décision d'orientation pour réaliser la rééducation
- Prescription de la rééducation
- Préparation du retour à domicile s'il est possible

Bilan masso-kinésithérapique et soins de masso-kinésithérapie commencés en service de chirurgie.

Phase 1 - jusqu'à 6 semaines post-opératoires (délai de cicatrisation tendineuse) (2)

Suites de l'hospitalisation en chirurgie :

a. Déficience sans autre problème :

Soins ambulatoires

- Masso-kinésithérapie 3 à 5 fois par semaine pendant 6 semaines;
- Consultation MPR à la 6ème semaine post opératoire

b. Présence de complications médicales, ... ou si l'environnement personnel, sanitaire et social l'imposent :

Hospitalisation complète HC / ou de jour HDJ en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Locomoteur (MPR)

Phase 2 de la 7ème à la 12ème semaine post-opératoire (à titre indicatif) (1)

Objectifs : Sevrage de l'orthèse, récupération de la mobilité ... restauration de la fonction du MS...

Moyens :

a. Déficience sans autre problème :

Soins ambulatoires

- Masso-kinésithérapie 3 à 5 fois par semaine / 6 semaines
- Consultation MPR à la 12ème semaine post op.

Phase 2 de la 7ème à la 12ème semaine post-opératoire (à titre indicatif) (2)

- b. Présence de complications médicales, ... ou l'environnement personnel et social l'imposent :**
HDJ en SSR Locomoteur (MPR) ; exceptionnellement poursuite en HC
- Rééducation au moins deux heures par jour
3 à 4 semaines.
- c. Situations socio-professionnelles exigeantes :**
structure pluridisciplinaire de MPR + ...

Phase 3 à partir de la 13ème semaine (à titre indicatif)

Objectifs : renforcement musculaire et réadaptation à l'effort (geste professionnel, activités de loisirs)

Moyens :

Soins ambulatoires

- Masso-kinésithérapie 2 à 4 fois par semaine ;
- Consultation MPR à la fin du 4ème mois et du 6ème mois ;
- Bilan isocinétique à la fin du 6ème mois

Dans les situations les plus habituelles il n'est pas nécessaire de poursuivre la prise en charge MPR et MK au-delà du 6ème mois.

Parcours de soins en MPR

= guide pour l'organisation des soins
la tarification
l'élaboration de GMD



Merci de votre attention