

La prise en charge des affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation
Annexe à la synthèse des travaux du groupe de travail relatif aux SSR
Proposition FEDMER-SOFMER pour le groupe SSR DHOS 23/9/06

I. Constat et objectifs, principes généraux

Ce domaine couvre une grande diversité de pathologies et il existe des besoins très divers en matière de soins, de rééducation, de réadaptation et de réinsertion couverts par le SSR. Ces soins nécessitent le plus souvent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire associant de nombreux professionnels spécialisés.

Objectifs généraux du programme de Rééducation, de Réadaptation et de Réinsertion :

Les objectifs principaux peuvent être ainsi déclinés :

1- Lorsque le programme de rééducation, réadaptation et réinsertion s'inscrit dans le traitement curatif d'une déficience dont la récupération complète est espérée :

- Favoriser et guider la guérison, la consolidation osseuse, la récupération des déficiences articulaires et musculaires, la cicatrisation après chirurgie.
- Prévenir et traiter les douleurs.
- Dépister, prévenir et traiter les différentes complications inérentes à l'état général du patient, à l'alitement éventuel, à la lésion elle-même ou à la proximité de la chirurgie.
- Restaurer au maximum les capacités fonctionnelles antérieures.

2- Lorsqu'il existe des handicaps persistants ou que de nouveaux handicaps sont à craindre, s'ajoutent les objectifs suivants :

- Limiter les conséquences fonctionnelles de l'aggravation dans le cas de pathologies évolutives, prévenir les déformations, maintenir les fonctions articulaires et musculaires.
- Assurer la sortie du milieu hospitalier autant que possible par un retour à domicile adapté au handicap, ou organiser toute autre solution d'hébergement adapté.
- Assurer l'éducation du patient et de son entourage par la connaissance des mécanismes de ses déficiences et handicaps, de leur retentissement fonctionnel et social, des éventuels risques encourus, l'intérêt de l'auto-entretien.
- Assurer des bilans réguliers d'évaluation au cours de la vie du patient, bilans destinés à dépister et prévenir certaines aggravations fonctionnelles, adapter la rééducation et l'appareillage aux nouveaux besoins et aux nouvelles technologies.
- Contribuer au suivi médical au long cours, aux traitements médicaux et aux discussions médico-chirurgicales régulièrement nécessaires.
- Mettre en place la réadaptation sociale, scolaire ou professionnelle.

II. Indications

II-1 Les lésions traumatiques osseuses, articulaires, musculaires, tendineuses, nerveuses et vasculaires, pouvant toutes être diversement associées. Les besoins de soins dépendent du nombre de lésions et de leur association à d'autres lésions, notamment viscérales. Peuvent être distinguées :

- traumatologie isolée des membres ou du bassin : la plupart des lésions isolées simples ne nécessite pas systématiquement une admission en structure de SSR (cf. notamment les recommandations de l'HAS 29 mars 2006).

- polytraumatologie sans ou avec lésion neurologique. Les polytraumatismes se définissent par la co-existence de lésions osseuses ou articulaires graves de plus d'un membre, ou d'un membre et du bassin, ou d'un membre et du rachis, éventuellement associées à des lésions viscérales pouvant mettre en jeu le pronostic vital (rupture d'organe abdominal, lésion pulmonaire, artérielle...). Ils nécessitent constamment des soins en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur ayant des compétences en MPR.

- traumatologie du rachis sans lésion neurologique (si lésions neurologiques voir la fiche affections du Système Nerveux Central). Une lésion du rachis simple stabilisée ne relève pas d'hospitalisation, une lésion instable relève d'une hospitalisation en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur;

II-2 Affections articulaires dégénératives : arthrose de hanche, de genou et d'épaule principalement ; lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs... le plus souvent en contexte de chirurgie orthopédique. Un certain nombre de lésions isolées simples post chirurgicales ou orthopédiques nécessite rarement une admission en structure de SSR (Cf les recommandations HAS 29 mars 2006).

II-3 Amputations : traumatiques ou plus souvent vasculaires, plus rarement sur lésion tumorale. La prise en charge repose sur les possibilités d'appareillage prothétique et de réadaptation fonctionnelle, sociale et professionnelle. Elle nécessite un plateau technique spécialisé en MPR avec atelier d'appareillage intégré ou au minimum en étroite liaison avec un atelier d'appareillage externe. En l'absence d'indication d'appareillage, une structure de SSR à orientation médicale générale peut être justifiée.

II-4 Affections douloureuses du rachis : dans les affections dégénératives du rachis, l'hospitalisation en SSR est réservée aux atteintes récidivantes, hyperalgiques prolongées ou chirurgicales.

II-5 Affections inflammatoires rhumatologiques : polyarthrite rhumatoïde, pelvispondinite ankylosante notamment. La prise en charge nécessite la collaboration pluridisciplinaire de rhumatologues, chirurgiens, médecins MPR le plus souvent, avec des équipes pluridisciplinaires comportant au minimum masso-kinésithérapeute et ergothérapeute, ainsi que le plus souvent appareilleur. Le mode de prise en charge est le plus souvent ambulatoire. L'hospitalisation en SSR, habituellement transitoire, peut être nécessaire en cas d'aggravation sévère ou en post chirurgie, dans le cas de déficiences multiples, de dépendance fonctionnelle importante ou de condition sociale défavorable.

II-6 Scoliose idéopathique évolutive : habituellement soignée en ambulatoire ou en hôpital de jour dans une structure de SSR spécialisée ; parfois hospitalisation courte lors de problème thérapeutique particulier.

II-7 Pathologies infectieuses de l'appareil locomoteur : ostéites et arthrites, notamment d'origine tuberculeuse ou staphylococcique.

II-8 Affections tumorales : en cas d'affections malignes, le choix de la structure de SSR dépend du pronostic général à court terme.

III. Les différentes structures concernées, les compétences nécessaires :

Les principaux moyens nécessaires sont ceux développés par les compétences en Médecine Physique et de Réadaptation. Les structures de SSR dédiées aux personnes âgées poly-pathologiques ou non spécialisées ont leur rôle pour des séjours de soins médicaux prédominant ou de surveillance.

Il faut pouvoir proposer au patient plusieurs types de structures à compétences complémentaires, successivement selon l'évolution de ses besoins : à prédominance de compétences en MPR, à prédominance de compétences gériatriques notamment.

III.1 Critères principaux d'orientation :

Les moyens à mettre en œuvre dépendent des capacités ou des limitations fonctionnelles du sujet, de sa participation ou de ses restrictions de participation, et des facteurs environnementaux.

- Si la pathologie ou la déficience est simple : des soins ambulatoires en structure libérale en relation avec la structure chirurgicale ou rhumatologique est habituellement suffisante, parfois exercés dans une structure libérale de MPR.

- Si la pathologie et les déficiences sont complexes, en tant que telles ou par la complexité des soins techniques requis : le besoin de compétences pluridisciplinaires fait appel à des compétences de médecins spécialistes en MPR et de plusieurs rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes principalement) et appareilleurs.

L'orientation tient en outre compte de :

- L'âge : les poly-pathologies ou les états démentiels associés au grand âge (notion physiologique plus que chronologique) sont mieux pris en charge en gériatrie. Pour l'admission en SSR spécialisé en affections de l'appareil locomoteur, la faisabilité du programme doit être retenue.

- L'existence de co-morbidités ou handicaps associés (par exemple : pathologies articulaires dégénératives multiples, insuffisance cardiaque sévère, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, séquelles d'AVC, troubles psychiatriques, hémophilie...).

- Risques particuliers de complications post opératoires : problèmes cicatriciels, sepsis, algodystrophie, maladie thrombo-embolique, fragilité de l'ostéosynthèse, reprise chirurgicale complexe...

- Retentissement fonctionnel incompatible avec le maintien à domicile (interdiction de la marche, immobilisation des membres supérieurs...).

- Environnement social particulier, isolement, risque de défaut de surveillance.

- L'alitement prolongé, éventuellement imposé pour consolidation en traumatologie des membres et du rachis (avec éventuelle fixation externe ou traction), qui peut imposer transitoirement un séjour en SSR polyvalent avant transfert en SSR spécialisé en affections de l'appareil locomoteur.

- La capacité du patient à participer à un programme de rééducation (possibilités d'effort, maintien de la position assise prolongée...);

- La proximité du domicile.

- Le souhait du patient et/ou de la famille.

III.2 Modes de prise en charge : ils dépendent de l'état clinique du patient, du degré

d'autonomie, de son environnement familial et de la proximité du domicile.

Il s'agit d'hospitalisation complète, de semaine ou d'hôpital de jour. Ces différents modes peuvent se succéder selon les besoins évolutifs, et être relayés par des soins ambulatoires.

La ré-hospitalisation directe dans la structure doit être possible pour des bilans d'expertise, ajustements thérapeutiques et traitements de complications.

Le passage d'une structure à une autre relevant de compétences différentes (gériatrie, MPR...) doit être facilité.

Des consultations médicales spécialisées de suivi doivent pouvoir être assurées notamment en Rhumatologie, en MPR et en Chirurgie Orthopédique, au niveau de la structure ou en relation directe avec celle-ci. Ceci concerne autant les affections stabilisées ou guéries que, principalement, les affections chroniques notamment inflammatoires. Ces consultations sont de préférence accessibles au sein de la structure ou à proximité avec trajet court.

III.3 Au total l'orientation est indiquée en SSR spécialisé en affections de l'appareil locomoteur ayant les compétences en Médecine Physique et de Réadaptation :

lorsque l'état médical justifie une surveillance médicale importante, une rééducation complexe avec au minimum deux intervenants ou un temps de rééducation supérieur à 1 h par jour, nécessite des adaptations techniques (appareillage ou aides techniques) dans le cadre des soins de rééducation ou pour les activités de la vie quotidienne et/ou une intervention spécialisée de réadaptation dans le cadre professionnel faisant intervenir ergothérapeute et service social.

Ces structures répondent aux critères de bonne pratique de la MPR (Réf. : documents FEDMER-SOFMER 08/09/2005 DHOS-SSR, charte de la MPR).

Parmi les unités spécialisées en rééducation des affections de l'appareil locomoteur, certaines peuvent être dédiées, exclusivement ou non, aux pathologies ou lésions suivantes : amputations, pathologies rachidiennes ou traumatologie du sport.

Elles répondent ainsi aux objectifs de proximité et de spécialisation, mais la rareté ou la difficulté des problématiques en cause, fait privilégier la spécialisation.

*La sortie de la structure d'hospitalisation :

Dans les situations complexes, elle est préparée dès l'admission notamment par des synthèses pluridisciplinaires incluant le patient et son entourage, des visites à domicile, des permissions thérapeutiques, des ré-entraînements intra ou extra-muros. Le recours éventuel à un accompagnement par une équipe mobile, ou le suivi dans le cadre d'un HDJ, d'une HAD ou d'un réseau sont étudiés et mis en place. L'attention apportée aux proches est également déterminante : éducation et accompagnement.

* La structure accueillant le patient doit avoir des liens fonctionnels étroits avec les structures MCO d'amont et avec les structures médico-sociales d'aval. Des passages dans d'autres structures de SSR et plus particulièrement gériatriques, selon l'évolution de l'état médical, les facteurs environnementaux matériels et humains. Des programmes de soins mixtes, MPR-Gériatrie, peuvent avoir à être organisés, dans l'une ou l'autre des structures, la présence de médecins Gériatres en MPR et MPR en Gériatrie est encouragée.

*Suivi après hospitalisation :

Dans les situations complexes, le suivi au long cours sur le plan rééducatif doit pouvoir être proposé au patient. Il est mis en place en collaboration avec le médecin traitant ou chirurgien, rhumatologue et effectué par le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation périodiquement en ambulatoire. Il permet d'assurer le suivi clinique, d'adapter la rééducation, les thérapeutiques et les appareillages à l'évolution du patient et des progrès technologiques.

L'orientation est indiquée en SSR dédié aux personnes âgées poly-pathologiques ou non spécialisées (polyvalents): lorsque l'état médical justifie une surveillance fréquente, mais une prise en charge rééducative simple (kinésithérapie le plus souvent), inférieure à 1 h par jour ; il n'y a pas de nécessité d'appareillage ni d'intervention de réadaptation complexe. Les compétences gériatriques sont nécessaires chaque fois que l'âge associe des co-morbidités compliquant le processus de guérison ou de stabilisation. Dans ces structures, des compétences associées de MPR peuvent permettre de renforcer l'offre en soins de rééducation et de réadaptation.

IV-Les moyens :

1- Les moyens humains :

Médicaux :

Le programme de rééducation, réadaptation et réinsertion est placé sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en MPR.

Pendant le séjour, le recours aux spécialistes référents, Chirurgien Orthopédiste, Rhumatologue notamment, doit être facile et de préférence par présence sur le site.

Un service social propre à la structure est le plus souvent indispensable.

Paramédicaux :

En nombre variable selon la complexité du programme de rééducation, réadaptation et réinsertion, sont indispensables : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, appareilleurs, assistants sociaux, psychologues.

La continuité des soins doit être assurée : garde médicale sur place ou astreinte, présence d'au moins un infirmier de nuit, possibilité de kinésithérapie de week-end et jours fériés.

En hospitalisation traditionnelle : proposition pour une unité de MPR de 30 lits :

* **Personnel médical** : 2 équivalents temps plein dont un au moins qualifié en MPR. Pour les tranches suivantes de 30 lits, un seul ETP en MPR suffit. Ces ratios excluent les internes en Médecine et les effectifs de médecins spécialistes en MPR nécessaires pour réaliser d'autres missions (consultations externes au service, examens spécialisés...).

* **Personnel soignant** : l'énumération du personnel soignant correspond au **personnel présent au lit** du patient et non pas aux effectifs totaux de la structure :

1 cadre soignant, 1 cadre supérieur soignant au delà de 30 lits.

De jour pendant la semaine : 2 à 4 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), 2 à 3 aides soignants (AS), 1 brancardier, 1 agent hospitalier ;

En week-end et jours fériés (pendant la journée) : 1 à 2 IDE, 2 à 3 AS et 1 AH.

De nuit : minimum 1 IDE et 1 AS.

* **Personnel de rééducation** :

- Kinésithérapeute : 1 pour 6 à 7 patients 5 jours/7 ; 1 pour 30 lits le samedi. Selon les structures, une garde le dimanche et jours fériés doit être assurée ; 1 moniteur cadre si la capacité d'hospitalisation est de 30 lits ou plus.

- Ergothérapeute : 1 pour 8 à 10 patients 5 jours/7.

* **Autres catégories de personnel** :

- ortho-prothésiste, podologue sur place ou en lien par convention,

- Travailleur Social : 1 ETP.

- Secrétaire médicale : 1 à 2 ETP.

- Psychologue : souvent nécessaire.
- Equipe d'insertion, éducateur éventuel,
- Selon l'orientation de la structure : professeur d'éducation physique, diététicien, ...
- Pour l'ensemble des locaux techniques : 2 AH ou brancardiers pour la manutention des patients.

En Hôpital de jour : les mêmes ratios de personnel de rééducation s'appliquent. Le personnel soignant est réduit à une équipe comportant au moins 1 IDE.

En consultations : Personnel d'accueil et infirmier

2 – Les moyens matériels :

Les locaux et équipements décrits ici correspondent à un minimum. En fonction de l'orientation du service, certains équipements supplémentaires peuvent être nécessaires.

Tous les locaux doivent être évidemment accessibles aux personnes handicapées, spacieux (notamment les couloirs), aérés et lumineux.

Ils doivent comporter un équipement adapté, tant pour la rééducation que pour l'évaluation, dans tous les domaines pris en charge par la structure.

En kinésithérapie : locaux spécifiques. Il est nécessaire de prévoir :

- Des espaces suffisants pour permettre la prise en charge simultanée de 6 à 8 patients, des espaces pour des soins individuels ;
- Des équipements pour la massothérapie, la verticalisation, le renforcement musculaire (isocinétisme...), la récupération d'amplitudes articulaires (appareils motorisés...), les différentes techniques de physiothérapie notamment pour le traitement de la douleur (chaleur, électrostimulation...), la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort (cycloergomètre, tapis roulant...).
- Kiné-balnéothérapie recommandée.

En ergothérapie : locaux spécifiques répartis en locaux communs et en ateliers, équipés pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, réalisation de petits appareillages ; la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel.

Locaux et équipements à prévoir selon l'orientation de la structure :

- Laboratoire d'analyse du mouvement, de l'équilibre et de la marche.
- Laboratoire d'électromyographie.
- Atelier d'appareillage et confection de prothèses
- Salle de sport (évaluation et ré-entraînement)

Autres locaux et équipements :

- Boxes de Consultations médicales (internes et externes).
- Ateliers d'appareillages équipés pour la réalisation et l'adaptation de petites orthèses ou d'orthèses de tronc et d'aides techniques.
- Locaux pour les personnels médicaux, paramédicaux, le secrétariat, le service social....
- Locaux de rangement vastes (matériels, archives, ...).
- Bibliothèque, salle de détente.
- Sanitaires patients et personnels, vestiaires...

Des Locaux spécifiques pour l'évaluation et la recherche clinique sont recommandés.

Equipement général de la structure en fluides (oxygène et vide) : toutes les chambres et les plateaux techniques en divers points adaptés. Un chariot de réanimation d'urgence doit être disponible dans tous les secteurs de la structure.

Les patients de la structure doivent avoir un accès rapide à des prestations d'imagerie et de laboratoire ; en fonction des données de la structure, ces prestations peuvent être externalisées et contractualisés.

§§§§§§§§§§

Documents de référence :

- « Critères de prise en charge en MPR », Document groupe MPR Rhône Alpes et FEDMER 2001
- « Les structures de MPR », document FEDMER – SOFMER pour la DHOS 08/09/2005
- Document DRASS Ile de France septembre 1996
- Charte MPR,
- Recommandations de l'HAS "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 de réadaptation mentionnés à l'article L.6111-2 du code de la santé publique" 29 mars 2006