

# **Charte MPR en Service Central de MPR en Centre Hospitalier Général**

## **I. Présentation et définitions**

### **A. Principes**

Un service de Médecine Physique et de Réadaptation (M.P.R) établi dans un centre hospitalier public répond à deux principes fondamentaux :

1. l'exercice d'une spécialité médicale orientée vers la lutte contre les incapacités et les handicaps générés
2. le respect de la mission du service public.

#### **1. Définition : spécialité médicale pluridisciplinaire**

Un service de spécialité en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) est animé par une équipe pluridisciplinaire, dirigée par un médecin spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation, dont le rôle est de coordonner et de mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités.

#### **2. Mission de service public**

Dans le champ de ses compétences, le service de Médecine Physique et de Réadaptation répond à une mission de service public. Et le projet de service s'inscrit dans le plan directeur du centre hospitalier qui met en œuvre le projet d'établissement.

## **B. Les moyens du fonctionnement**

Pour son fonctionnement, un service de Médecine Physique et de Réadaptation dispose d'équipes de thérapeutes et d'un plateau technique spécialisé. Les spécificités d'activité des thérapeutes engendrent des spécificités incidentes sur l'organisation et le fonctionnement du service.

Du personnel ayant des compétences particulières est nécessaire pour la prise en charge des tétraplégiques, traumatisés crâniens, et confection ou mise en place d'appareillages.

### **1. Les équipes**

Comportent 4 catégories d'intervenants : l'équipe médicale, l'équipe soignante, l'équipe de rééducation et l'équipe "logistique".

#### **1.a) L'équipe médicale**

Le chef de service, médecin spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation, a des compétences particulières en raison de la grande diversité des pathologies prises en charge, de la pluridisciplinarité de l'équipe de professionnels qu'il encadre et de l'interdisciplinarité des relations qu'il entretient avec les autres services de l'hôpital. Il a une activité liée à ses responsabilités de chef de service et une activité clinique. Il veille au respect, par l'ensemble du personnel, du projet du patient et du projet institutionnel.

Il est assisté, dans son activité clinique et selon l'importance de l'établissement, par un ou plusieurs médecins spécialistes de MPR qui se verront confier la responsabilité de lits affectés et une responsabilité de consultations externes et institutionnelles.

Compte tenu de l'étendue du champ d'activité de la spécialité, et de la nécessité de compétences particulières dans certains domaines, chaque praticien hospitalier pourra, en accord avec le chef de service, développer un champ dont il sera responsable : appareil locomoteur, appareillage, neurologie, réadaptation etc ...

La polyvalence du service et la bonne coordination des soins nécessitent que tous participent à des activités diversifiées dans l'unité ou dans l'institution (consultations, réunions de service, projets et groupes institutionnels, gardes, etc ...).

Les activités de médecine générale représentent une tâche importante du suivi des patients hospitalisés en MPR. Ces tâches de médecine générale peuvent être confiées à un médecin généraliste ou à un assistant en médecine générale.

### **1.b) L'équipe soignante**

Encadrée et dynamisée par un cadre de santé, elle associe des infirmiers(es), des aides-soignants(es), des agents de service hospitalier qui interviennent auprès des patients hospitalisés. Il semble utile de prévoir, pour une unité-type de 30 lits ou places, la présence de 2 IDE, 3 AS et 2 ASH le jour ; et 1 I.D.E et 1 A.S la nuit.

Le rôle technique des soignants est spécifique par leur activité en soins de base en soins relationnels, mais et surtout, en soins éducatifs qu'ils exercent tant auprès du patient que de leur famille. Leur présence 24h sur 24 auprès du patient hospitalisé en fait un élément fondamental de la cohésion de l'ensemble des équipes et de cohérence du projet thérapeutique.

### **1.c) L'équipe de rééducation**

Encadrée et dynamisée par un cadre de santé chargé de planifier et coordonner les activités, elle comporte des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et peut être complétée selon les besoins par des orthoptistes, psychomotriciens, orthoprothésistes appareilleurs, diététiciens, etc.

### **Dans l'unité de M.P.R**

Chaque kinésithérapeute se verra confier de 5 à 8 patients pour une prise en charge satisfaisante d'une à deux séances par jour par patient, cinq jours par semaine. Chaque séance étant d'une durée allant de 45 minutes à 1H 30 en fonction des nécessités liées à l'évaluation des déficiences. Plus de la moitié du temps d'une séance rééducative sera réalisée en traitement individuel auprès du malade.

Les ergothérapeutes se verront confier un nombre variable de patients pour des séances de rééducation et de réadaptation, individuelles ou collectives. Certains pouvant nécessiter une séance individuelle par jour, cinq jours par semaine, d'une durée de 1 heure à 1H 30 pour chaque séance, alors que d'autres patients ne nécessiteront qu'une à deux séances par semaine de traitement collectif d'ergothérapie au sein de groupes pouvant comporter quatre à cinq malades et pour une durée pouvant aller de 45 minutes à 2 heures.

Les orthophonistes : tout service de MPR doit pouvoir assurer des prestations d'orthophonie en séances individuelles et parfois collectives. Certains patients peuvent nécessiter une prise en charge individuelle de 45 minutes à 1H 30 par jour, cinq jours par semaine, alors que d'autres ne nécessitent que deux à trois séances par semaine, de 30 minutes à 1 heure par séance.

L'appareillage : tout service de MPR doit pouvoir assurer des prestations d'appareillage. Cela peut nécessiter la présence d'un personnel qualifié de type appareilleur orthoprothésiste dans l'éventualité de la confection d'un grand appareillage. Les prestations de petit appareillage pourront être assurées, soit par des kinésithérapeutes, soit par des ergothérapeutes, soit par du personnel formé à cet effet. Les prestations de grand appareillage pourront faire appel à des sociétés extérieures au service hospitalier.

### **A l'extérieur de l'unité de M.P.R**

Les autres unités médicales ou chirurgicales du centre hospitalier peuvent bénéficier de la présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe de rééducation, en fonction des besoins établis par les différents chefs de service, selon des schémas de collaboration inscrits dans les filières de soins organisées au sein de l'établissement.

Tous les services du centre hospitalier peuvent être concernés par ces schémas de collaboration en fonction des accords de collaboration établis entre les chefs de service des différentes unités.

L'intervention de l'équipe de rééducation se fera après examen du patient par un médecin spécialiste de MPR et mise en forme d'un programme de rééducation et réadaptation compatible avec le projet de vie du patient.

### **1.b) L'équipe logistique**

Constituée d'un secrétariat, d'une assistante sociale et parfois d'une hôtesse de séjour.

#### **le secrétariat :**

Deux secrétaires à temps plein sont nécessaires pour une unité de 30 lits disposant d'un service de consultations externes et d'une ou plusieurs unités d'exploration fonctionnelle.

Dans l'exercice de leur activité, il est essentiel que les secrétaires développent des qualités d'écoute et de disponibilité du fait de la longueur de prise en charge des patients. Pendant la durée du projet de soins, elles sont l'interlocuteur fréquent de la famille et du patient et l'intermédiaire entre les équipes de thérapeutes et

les familles. Elles aident l'ensemble des membres de l'équipe de thérapeutes à l'élaboration des documents qui leur sont nécessaires dans leur exercice professionnel et facilitent leurs tâches administratives.

### **une assistante sociale :**

Chargée de constituer, pour chaque patient hospitalisé, un dossier social afin que soient mises en œuvre, dans les plus brefs délais, les mesures nécessaires à limiter le handicap ou la réorientation du patient vers un autre établissement. Elle aura à collaborer avec le service social du domicile du patient si nécessaire.

### **2. Le fonctionnement de l'équipe**

En raison de la pluridisciplinarité des équipes et de la nécessité de coordination des soins en accord avec le projet de vie du patient, le chef de service préside, de façon hebdomadaire, une réunion de synthèse à laquelle participe l'ensemble des membres de l'équipe de thérapeutes.

Le fonctionnement et l'encadrement se font selon le schéma suivant :

L'encadrement de l'équipe médicale est assuré par le chef de service à qui il appartient de déléguer des responsabilités à ses collaborateurs pour chacun des différents champs de la spécialité.

Le chef de service est responsable de la planification et de l'organisation des soins du patient.

L'encadrement de l'équipe de rééducation est assurée par un cadre de santé qui organise et planifie le travail de son équipe dans le respect du projet de soins de chaque patient, et conformément aux règles de fonctionnement inscrites dans le projet de service. Il en est de même en ce qui concerne l'équipe soignante.

Le projet de service est élaboré par le chef de service en collaboration avec les médecins et les cadres de santé. Il doit être compatible avec le projet d'établissement et soumis à l'approbation de la CME.

### **3. Le plateau technique**

L'utilisation d'un même plateau technique commun à tous les patients, qu'ils soient suivis en hospitalisation complète ou partielle ou en externe, permettra d'optimiser l'utilisation de matériels et de réduire les coûts.

Quelle que soit son orientation, le service doit répondre à des standards d'organisation d'équipement et de structure, de façon à permettre l'accueil des malades grands handicapés, l'accessibilité aux fauteuils roulants, le changement d'étage par des ascenseurs adaptés aux chariots plats et lits appareillés, l'accès aux sanitaires adaptés à des patients ayant perdu leur autonomie pour les transferts et les soins d'hygiène personnelle. Le service doit disposer de locaux d'animations et de loisirs, ainsi que de locaux mis à disposition pour l'accueil des familles.

Le plateau technique doit comporter différentes salles de rééducation pour la pratique de la kinésithérapie et de l'ergothérapie. Les locaux doivent être vastes, disposés en plusieurs salles, offrir la possibilité de traitements collectifs et individuels, et être suffisamment dotés en appareils à système de rééducation selon les orientations actualisées de la spécialité. Pour la kinésithérapie, les équipements doivent permettre la verticalisation, le renforcement musculaire, les gains d'amplitudes, la reprogrammation neuro-musculaire, le réentraînement à l'effort, et les techniques de physiothérapie. Pour l'ergothérapie, les locaux doivent permettre la rééducation analytique sensitivo-motrice et articulaire, la rééducation gestuelle par activités artisanales et l'autonomisation et la rééducation aux pratiques d'activités quotidiennes.

Le service doit pouvoir disposer d'une installation permettant d'assurer, dans les meilleures conditions d'hygiène et de sécurité possibles, des soins d'hydrothérapie et de kinébalnéothérapie.

L'atelier ou local d'appareillage doit permettre la confection d'orthèses et/ou de prothèses provisoires et/ou définitives ; et d'une consultation médico-technique avec un ou des appareilleurs extérieurs.

L'orthophonie se fera, en cas de travail individualisé, dans un bureau isolé, mais également en cas de travail collectif, dans une salle prévue à cet effet.

Pour une prise en charge pédiatrique, la nécessité est de pouvoir disposer de salles de psychomotricité et de matériels équipés pour la rééducation respiratoire.

---

## **II. Organisation**

L'organisation et le fonctionnement du service sont laissés à l'initiative du chef de service en accord avec le projet de service et le projet d'établissement. Cependant, cette organisation et ce fonctionnement, pour répondre aux obligations liées à l'exercice de la spécialité de Médecine Physique et de Réadaptation,

doivent suivre certains principes.

## **A. Principes**

L'organisation de la prise en charge des patients se fait selon trois axes : polyvalence, priorités, filières de soins.

### **1. La polyvalence**

La presque totalité des maladies peuvent conduire à une prise en charge en MPR. A ce jour se sont principalement développées les prises en charge des pathologies de l'appareil locomoteur, des pathologies neurologiques et des pathologies cardio-respiratoires. Le service implanté dans un hôpital général doit donc avoir une activité polyvalente permettant de répondre à tous les besoins, en complémentarité des services de soins aigus de l'institution.

Situé au contact des services de soins aigus, il doit pouvoir assurer une prise en charge immédiate au premier stade du processus rééducatif et quelle que soit la pathologie. L'analyse situationnelle du patient, comparée au pronostic de sa maladie, permet une orientation rapide de celui-ci vers le secteur le mieux adapté à sa prise en charge, avec comme préoccupation première la notion de proximité. Proximité du patient, de son lieu de vie dans la mesure des possibilités et des capacités d'accueil, mais également proximité du patient de services de soins ayant les capacités et les compétences nécessaires à son accueil. Cela nécessite de développer, en collaboration, avec les centres et services de la région, des filières de prise en charge.

Le service de MPR aura donc à développer des compétences particulières pour la prise en charge des enfants, des tétraplégiques, pour l'appareillage, l'éveil des traumatisés crâniens.

### **2. Les priorités**

Le développement de l'activité d'un service de MPR en hôpital général doit répondre aux orientations et au projet d'établissement.

La prise en charge est bien codifiée dans de nombreux domaines pathologiques, comme par exemple l'orthopédie, notamment en phase postopératoire. Ainsi, deux orientations sont à privilégier :

· assurer que la prise en charge postopératoire s'effectue dans des conditions de qualité répondant aux données actualisées de l'exercice de la spécialité ;

élaborer et promouvoir des prises en charge originales qui soient de véritables alternatives à la chirurgie (instabilité par laxité du genou, instabilité d'épaule par atteinte de la coiffe des rotateurs etc ...).

Il en est de même de la prise en charge de pathologies neurologiques dont la plupart ont fait l'objet d'un consensus au sein de la profession.

Un pôle particulier doit être développé en priorité : la prise en charge en secteur de soins d'urgence.

Le suivi des malades en réanimation nécessite une collaboration étroite et une disponibilité des médecins de MPR et des équipes de rééducateurs avec le personnel de ces services. En effet, une bonne coordination avec prise en charge précoce des patients hospitalisés est indispensable, ne serait ce que pour assurer la rééducation de certaines fonctions vitales, comme, par exemple, peut le faire la rééducation respiratoire.

### **3. Les filières de soins**

La nécessité d'offrir à chaque patient, dans les délais les plus brefs et à chaque étape de leur pathologie, les soins de rééducation les plus appropriés, doit guider l'action au service de MPR. La prise en charge, dès le court séjour, est donc un axe de soins indispensable à développer afin de débiter au plus vite le programme de rééducation et réadaptation.

Les filières et réseaux organisés autour du service de MPR en hôpital général présentent un aspect spécifique lié à la présence dans l'institution d'un S.A.U. avec lequel il collabore.

Le programme de rééducation de réadaptation peut être conduit soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du service. Ceci nécessite une coordination avec d'autres unités de MPR extérieures à l'hôpital. Ce mode de fonctionnement permet de proposer à chaque patient les soins les plus appropriés en cohérence avec les objectifs définis.

## **B. modalités de fonctionnement**

- modes de prise en charge
- projets de soins

- collaborations institutionnelles
- ouvertures extra-hospitalières
- évaluations des activités
- information et formation

### **1. Modes de prise en charge des patients**

Ils sont de quatre types :

#### **a) L'hospitalisation conventionnelle**

- mode bilan : durée de séjour courte inférieur à 20 jours
- mode traitement : programme de rééducation et réadaptation

#### **b) L'hospitalisation de jour**

- mode bilan : une seule venue pour bilan complet réalisé par plusieurs professionnels de rééducation et dont la synthèse est faite par un médecin spécialiste de MPR,
- mode traitement : plusieurs venues pour conduite d'un programme de rééducation et réadaptation.

#### **c) Consultations et soins externes**

Les consultations ne concernent que l'activité des médecins et se distinguent donc des bilans en hospitalisation de jour, au cours desquelles interviennent plusieurs professionnels de la rééducation. Les soins, par contre, sont assurés par les professionnels de rééducation sur prescription du médecin MPR.

#### **d) Consultations interdisciplinaires**

Ces consultations peuvent associer des médecins et des chirurgiens. Plusieurs spécialités peuvent être concernées (ex : Spina-bifida, chirurgie orthopédique, pédiatrie, neurochirurgie, MPR).

### **2. Projet de soins personnalisé pour chaque patient**

Chaque patient bénéficie d'un projet de soins de rééducation et réadaptation. Le médecin spécialiste de MPR aura établi avant l'admission dans le service, un projet de prise en charge et de traitement en fonction d'un premier bilan qu'il aura réalisé et en accord avec le patient et sa famille. Il soumet à l'ensemble de l'équipe en réunion de synthèse ce projet thérapeutique et prescrit sa mise en œuvre. Ce projet est adapté chaque semaine en fonction des évolutions constatées.

Une réévaluation hebdomadaire des capacités du patient est réalisée avec ou sans la présence d'un membre de l'équipe soignante et d'un membre de l'équipe de rééducation. Au cours de cette réévaluation est réalisé le bilan des acquis et sont à nouveau définis les objectifs suivants.

Une réunion de synthèse hebdomadaire réunit l'ensemble des équipes pour présentation des dossiers des patients hospitalisés et des projets d'admission. Il s'agit d'un temps essentiel à la coordination des soins et des équipes et à l'évolution des programmes thérapeutiques.

L'échange des informations au sein de l'équipe pluridisciplinaire assure une cohésion du programme thérapeutique, une motivation et une dynamisation des professionnels intervenants.

### **3. Activité interdisciplinaire**

Le choix des pathologies prises en charge dans la spécialité induit à travailler en collaboration avec de nombreux services et dans plusieurs groupes de travail institutionnels.

Il est nécessaire de formaliser régulièrement des temps d'échange entre les cadres des différentes équipes du fait de la complexité de ce travail interdisciplinaire :

#### **a) Collaboration inter-services**

La participation à des staffs interdisciplinaires est indispensable et permet de promouvoir les possibilités de la MPR pour la prise en charge dès leur hospitalisation en court séjour.

#### **b) Participation aux groupes institutionnels**

Activités transversales.

### **4. Ouvertures extra-hospitalières**

La mise en oeuvre d'une filière de soins repose sur la possibilité de mener en partie le projet de rééducation en dehors de l'hôpital. Il convient donc d'entreprendre un travail en réseau avec les autres acteurs de santé, tant dans l'institution que dans la cité. Il en est de même de l'accueil au sein du service de patients qui peuvent initialement avoir été traités soit à leur domicile, soit dans des unités de Médecine ou de Chirurgie proches de l'hôpital.

La notion de proximité exige de pouvoir répondre à toutes demandes des établissements environnants qui le souhaitent.

### **5. Evaluation des activités du service de MPR**

L'évaluation doit être un objectif du service. Il s'agit de l'évaluation des patients et de l'évaluation des soins.

#### **a) Evaluation des patients**

Les techniques d'évaluation des patients s'améliorent. L'évaluation clinique est de mieux en mieux codifiée. L'évaluation complémentaire nécessite de pouvoir accéder à des technologies sophistiquées et à des matériels de pointe (isocinétique, EMG, urodynamique, etc ...) qui doivent permettre de mesurer précisément les résultats obtenus.

#### **b) Evaluation des soins**

L'évaluation des soins est un axe de travail et de recherche afin de définir les indices de qualité des soins, tant infirmiers que de rééducation ; et surtout de pouvoir obtenir des critères d'identification objectifs des résultats obtenus.

### **6. Information et formation dans le service de MPR**

L'optimisation des soins repose sur un haut niveau de compétences de chacun des membres des équipes.

Il convient donc de prévoir un plan de formation pour les personnels avec acquisitions de compétences spécifiques par certains membres. Il appartient ensuite au chef de service d'organiser la diffusion de ces acquis à l'intérieur du service. Ce plan de formation est corrélé au projet de service.

Enfin, l'optimisation repose sur le souci d'être à la pointe des techniques nouvelles pour faire bénéficier les patients de toutes les avancées de la recherche. Il est utile de s'informer et si possible de s'investir dans des projets de recherche clinique en collaboration avec les autres acteurs de la spécialité (en particulier les CHU), avec les partenaires industriels (en particulier en recherche multicentrique) et dans les expérimentations proposées par les différentes tutelles.

---

## **III. Conclusion**

Le service de Médecine Physique et Réadaptation situé dans l'hôpital répond à une **double mission**:

- mission de service public dans le respect du projet d'établissement,
- mission de lutte contre les incapacités et les handicaps générés.

Cette situation induit une **organisation de service axée dans 3 directions**

1. *la polyvalence des pathologies* prises en charge avec le respect de priorités définies au niveau institutionnel,
2. *l'accompagnement des patients* dans un projet de rééducation et de réadaptation selon des modalités évolutives (hospitalisation conventionnelle, hospitalisation de jour, ambulatoire). La gestion optimale du projet de soins pour chaque patient s'intègre dans une filière de soins : du court séjour à la suite de soins, puis au retour à domicile ou à l'intégration institutionnelle de long séjour,
3. *une durée d'hospitalisation limitée* (en moyenne inférieure à 1 mois) afin de répondre le plus rapidement possible aux demandes des services de court séjour.

L'ensemble des soins de MPR peut être conduit dans plusieurs structures si nécessaire.

Le fonctionnement du service tient compte d'une **double complexité** :

- Les soins sont prodigués *au sein du service par une équipe pluridisciplinaire*. Celle ci participe au projet de chaque patient, motivée et dynamisée vers des objectifs établis.
- L'élaboration de chaque projet nécessite également un *travail interdisciplinaire avec les équipes qui ont pris le patient en charge au début de sa pathologie*.

Le service de médecine physique et de réadaptation fonctionne donc avec **un projet de soins** pour chaque malade, en cohésion avec le **projet de service** et dans le respect du **projet d'établissement**.