

# Charte MPR en Service de MPR en hôpital local

## I. INTRODUCTION

L'hôpital local apparaît dans la réglementation avec l'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958. Cette structure hospitalière répond à l'époque à un besoin exprimé par les médecins, exerçant en secteur rural, qui en raison du déficit sanitaire, étaient obligés de traiter la plupart de leurs malades et d'accoucher bon nombre de leurs parturientes à domicile.

Avec l'évolution des technologies médicales et à la faveur du développement des voies de communications, l'hôpital local tombe quelque peu dans l'oubli des hommes et de la réglementation au cours des années 1970/1980. Il se voit progressivement dépouiller de ses services de maternité et de médecine à la faveur du développement de sections de moyen et long séjours.

C'est par la loi 91-478 du 31 juillet 1991 que l'hôpital local retrouve sa place au sein des établissements publics de santé au même titre que les centres hospitaliers. Cependant, la mission de soins confiée aux hôpitaux locaux est restreinte par l'article R 711.6.4 du décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 a :

- avec ou sans hébergement : des soins de courte durée en médecine, des soins de suite ou de réadaptation ...
- des soins de longue durée, comportant un hébergement ...

Cette restriction, apportée à la mission de soins des hôpitaux locaux, est liée en grande partie au manque d'environnement médico-chirurgical hautement technique que nécessite aujourd'hui l'exercice médical en toute sécurité pour certaines pathologies.

La spécialité de médecine physique et de réadaptation a su développer une technicité qui permet aujourd'hui "*de réduire au minimum inévitable les conséquences des maladies et traumatismes*". Ainsi, cette spécialité nécessite, quelque soit la structure hospitalière dans laquelle elle s'exerce, la mise en œuvre de compétences sur des plateaux techniques répondant à des règles de fonctionnement et d'équipement.

La situation de l'hôpital local en fait une structure de proximité privilégiée pour le retour du patient à son domicile et sa réinsertion sociale. Pour autant, l'hôpital local, qui accueille un service de médecine physique et réadaptation, ne peut se dispenser de respecter les règles de fonctionnement et d'équipement de la spécialité.

## II. LES MOYENS DU FONCTIONNEMENT

Comme dans toute institution hospitalière, pour son **bon** fonctionnement, un service de Médecine Physique et de Réadaptation en hôpital local doit disposer d'un équipement suffisant en personnel spécialisé et en moyens techniques.

### A. LES EQUIPES

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

#### 1. L'équipe médicale

Le service de MPR est confié à la responsabilité d'un médecin spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation dont l'activité sera celle d'un chef de service, comme définie au premier chapitre du présent document. 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 du service, par un ou plusieurs médecins.

Le nombre total de praticiens sera de 2 ETP pour 30 lits d'hospitalisation (dont au moins 1 ETP spécialiste MPR) .

La présence historique et souvent importante de médecins généralistes au sein de l'hôpital local en font un collaborateur privilégié du service de MPR. Les activités de médecine générale représentent une tâche importante du suivi des patients hospitalisés en MPR. Ces tâches de médecine générale pourront être confiées à un médecin généraliste.

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, staffs, projets et groupes institutionnels, gardes, etc ...)

## 2. 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 I.D.E, 3 A.S et 2 A.S.H 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.

## 3. L'équipe de rééducation

Encadrée et dynamisée par un cadre de santé chargé de planifier et coordonner les activités, elle comporte obligatoirement et au moins deux catégories différentes de professionnels de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, orthoprothésistes appareilleurs, diététiciens, etc ...)

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. Ces impératifs de prise en charge des patients, imposent la présence à temps complet, de plusieurs kinésithérapeutes dont le nombre sera fonction de l'importance du service.

Les *ergothérapeutes* se verront confier un nombre variable de patients pour des séances de rééducation et de réadaptation, individuelles ou collectives. Certains patients pouvant nécessiter une prise en charge individuelle, cinq jours par semaine, d'une durée de 1 heure à 1H 30 par jour, la présence à temps plein, d'une ou plusieurs ergothérapeutes, sera nécessaire en fonction des besoins et de l'importance du service.

Les *orthophonistes* : tout service de MPR, même en hôpital local, doit pouvoir assurer des prestations d'orthophonie en séances individuelles, et parfois collectives.

L'*appareillage* : tout service de MPR, même en hôpital local, 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 assurés, 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.

Toutes les unités fonctionnelles d'un hôpital local, qu'elles soient médicalisées ou non, peuvent bénéficier de la prestation d'un ou plusieurs membres de l'équipe de rééducation, en fonction des besoins établis par les différents responsables de service, selon des schémas de collaboration inscrits dans les filières de soins organisées au sein de l'établissement.

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

## 4. L'équipe logistique

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

### a) le secrétariat :

Une secrétaire à temps plein est nécessaire pour une unité de 30 lits.

Dans l'exercice de son activité, il est essentiel que la secrétaire développe 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, elle est l'interlocuteur fréquent de la famille et du patient, et l'intermédiaire entre les équipes de thérapeutes et les familles. Elle aide 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.

### b) une assistante sociale :

Chargée de constituer, pour chaque patient hospitalisé, un dossier social afin que soient mises en oeuvre, 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.

## **5. 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 responsable du 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 responsable du service qui pourra déléguer des responsabilités à ses collaborateurs pour chacun des différents champs de la spécialité en concertation avec eux et en accord avec le projet de service.

Il appartient au responsable du service de planifier et d'organiser les soins aux patients.

L'encadrement de l'équipe de rééducation est assuré 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 responsable du 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.

## **B. 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 dans 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.

D'une manière générale, le plateau technique d'un service de MPR, en hôpital local, n'est pas différent de celui d'un service de MPR en centre hospitalier ou en centre de rééducation. La différence est surtout dans l'absence d'environnement médico-chirurgical spécialisé multidisciplinaire au sein de la structure hospitalière. L'absence de cet environnement médico-chirurgical nécessite, pour la sécurité des patients, d'établir des réseaux de soins par convention avec le ou les centres hospitaliers généraux les plus proches, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale, de la biologie et de l'exploration fonctionnelle.

## **III. 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, proximité, filières de soins.

### **1. Polyvalence**

La quasi totalité des maladies et des traumatismes peuvent conduire à une prise en charge en MPR. L'efficacité de cette prise en charge est liée à la précocité de sa mise en oeuvre. Ceci exige, à la phase initiale de prise en charge, pour certains patients, la présence d'un environnement médico-chirurgical hautement technique dont ne dispose pas l'hôpital local. Un service de MPR en hôpital local ne pourra donc assurer la prise en charge précoce de ces patients. Toute autre situation, nécessitant la mise en route de procédures de rééducation et réadaptation, pourra se faire en hôpital local à partir du moment où l'équipement et le fonctionnement du plateau technique répondent aux exigences précédemment citées.

### **2. Proximité**

De par son implantation, un service de MPR en hôpital local a vocation à accueillir des patients dont le lieu de vie est proche de l'hôpital. Cette proximité du lieu de vie des patients confère, au service de MPR en hôpital local, une situation tout à fait privilégiée pour la mise en oeuvre des procédures de réadaptation ou de réinsertion. Son activité doit donc, par priorité, être orientée vers le développement de ces procédures de réadaptation et réinsertion.

### **3. 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 et réadaptation les plus appropriés, doit guider l'action du service de MPR. C'est dans ce sens que le service de MPR en hôpital local pourra, par convention, appartenir à des réseaux de soins de suite et de réadaptation, dont il sera, dans certains cas (réseau local ville hôpital), l'élément régulateur.

Le programme de rééducation et 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. MODALITES DE FONCTIONNEMENT**

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

Ils sont de trois 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.

### **2. Projet de soins personnalisé à 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 oeuvre. 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. Ouvertures extra-hospitalières**

La mise en œuvre 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.

### **4. Évaluation 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) évaluation 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. Si cette évaluation ne peut se faire sur site, par manque d'équipement, cela nécessitera, par convention avec un autre service ou un autre centre, de pouvoir assurer aux patients ce type de prise en charge.

#### **b) évaluation des soins :**

L'évaluation des soins est un axe de travail indispensable pour définir des indices de qualité et surtout pour pouvoir obtenir des critères d'identification objectifs des résultats obtenus. La mise en place d'un "*dossier patient*" adapté à l'exercice de la spécialité et aux exigences du projet de service sera nécessaire afin de mener à bien cette évaluation.

### **5. 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.

## **IV. CONCLUSION**

Un service de Médecine Physique et Réadaptation situé en l'hôpital local doit pouvoir répondre aux exigences de technicité liées à la mise en œuvre des procédures de rééducation et réadaptation. Pour cela, il doit être suffisamment doté en moyens humain et matériel spécialisés afin d'assurer des résultats de qualité et un exercice en toute sécurité pour les patients qu'il accueille.

Sa situation en fait un acteur privilégié du réseau de soins de suite et de réadaptation de proximité.

Sa mission, comme tout service hospitalier, est une mission de services publics dans le respect du projet d'établissement et des priorités définies au niveau institutionnel.

Son action s'inscrit dans le cadre des réseaux de soins de suite et de réadaptation organisés en filières de soins afin d'assurer l'optimisation de l'accompagnement des patients dans leur projet de rééducation et réadaptation.

---