

Référentiel de Moyens des cabinets libéraux de Médecine Physique et de Réadaptation

Préface	3
Préambule	9
Chapitre 1	
Accueil et accessibilité	19
Chapitre 2	
Hygiène et sécurité.....	31
Chapitre 3	
Recueil, traitement et circulation de l'information.....	45
Chapitre 4	
Prise en charge du patient	55
Annexe	
Les cabinets libéraux de médecine physique et de réadaptation en 2003 : résultat d'une enquête de moyens.....	79

Préface

Marie-Sophie DESAULLE,

Présidente de l'APF (Association des Paralysés de France).

Jean Marie SCHLERET,

Président du CNCPH

(Conseil National Consultatif pour les personnes handicapées)

Daniel LENOIR,

Directeur de la CNAMts

(Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés)

Professeur Alain DELARQUE,

Président de la Fédération française de MPR,

Secrétaire Général de la Section et du Board européen de MPR

LES MOYENS DE LA QUALITÉ :
L'INTÉRÊT CONVERGENT DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS

Pour les personnes en situation de handicap moteur que l'Association des Paralysés de France représente, le Référentiel de moyens des cabinets libéraux de MPR présente l'intérêt particulier d'être la synthèse de deux cahiers des charges :

- Cahier des charges de la qualité des prestations offertes en ville par la discipline médicale la plus directement orientée vers les soins aux personnes avec un handicap moteur, qu'il s'agisse de critères d'accueil et d'accessibilité, d'une gestion des données personnelles de santé soucieuse des droits des usagers (sécurité, confidentialité, accès) ou d'affirmer les fondements d'une approche globale et pluridisciplinaire de la prise en charge médicale en MPR ; tous aspects qui confèrent à ce référentiel une incontestable dimension de "guide de bonnes pratiques" ;
- Cahier des charges des moyens de cette qualité, objet central de ce référentiel, soigneusement documenté et détaillé.

Ainsi, démarche qualité et revendication de moyens trouvent-elles une synthèse particulièrement cohérente dont les premiers bénéficiaires ne peuvent qu'être que les usagers des cabinets libéraux de MPR, au premier rang desquels les personnes avec un handicap moteur. Chacun sait en effet que si les moyens ne sont pas toujours garants de la qualité des soins, celle-ci passe constamment par des moyens matériels, financiers, humains et organisationnels.

Il faut donc saluer l'initiative du SYFMER comme la richesse et la pertinence du document élaboré, qui au-delà des objectifs propres à son élaboration, souligne aussi de façon éclatante la spécificité de la médecine physique et de réadaptation au service des personnes handicapées.

Cette contribution à l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers est d'autant plus précieuse qu'elle vise l'offre de soins de ville et aboutira à faciliter, pour les personnes concernées, l'accès aux soins les plus adaptés au plus proche de leur lieu ordinaire de vie.

Au moment où le conseil national consultatif des personnes handicapées est saisi des grandes orientations de la future loi relative à l'égalité des chances des personnes handicapées, le référentiel de médecine physique et de réadaptation vient illustrer très concrètement la volonté de progrès des cabinets libéraux en matière de soins adéquats et de technologies appropriées.

La deuxième conférences des ministres des 45 pays du Conseil de l'Europe qui s'est tenue en mai 2003 à Malaga et les comités d'experts qui ont préparé les travaux ont insisté sur la qualité des programmes de réadaptation médicale et fonctionnelle favorisant un renforcement des aptitudes et le meilleur exercice d'une pleine citoyenneté. Je constate avec intérêt à quel point un référentiel de moyens aussi élaboré que celui-ci peut servir l'accès à une vie plus autonome et de meilleure qualité, et de ce fait une participation plus active à la vie sociale.

Je retiens aussi pour ma part dans la démarche du référentiel la volonté de modernisation et de renforcement de la qualité de la prise en charge des patients, quelle que puisse être la diversité des situations. Ce qui passe par la définition de moyens adaptés. C'est de la sorte qu'un tel outil, fondé sur une démarche volontaire, peut devenir synonyme d'amélioration constante de la qualité en intégrant les évolutions scientifiques et technologiques.

Il est aussi intéressant de constater que la démarche s'appuie sur la nécessité d'une bonne définition des besoins, d'une application pertinente des procédures et d'une organisation performante des structures de soins. Mais à son fondement même se situe la formation initiale et continue. Tout ceci vous place au cœur même de l'enjeu majeur de cette année européenne en faveur d'une pleine citoyenneté des personnes handicapées.

Au travers des travaux entrepris pour l'élaboration du "Référentiel de moyens des cabinets libéraux de MPR", le SYFMER s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées en soins de ville.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre des orientations fortes que la CNAMts a exprimées à la fois dans le domaine du Handicap et dans celui du développement des bonnes pratiques.

Elle est une illustration de la réflexion que tous les professionnels de santé seront amenés à développer, compte tenu de l'évolution des techniques utilisées dans le cadre des soins de ville, pour assurer une prise en charge mieux adaptée des assurés sociaux. Elle constitue aussi une contribution aux travaux pour une évaluation des pratiques professionnelles et témoigne du sens des responsabilités de la profession qui en a pris l'initiative.

Par le biais du FAQSV, qui en a assuré le financement, l'Assurance Maladie se félicite d'avoir permis à ce travail particulièrement exemplaire dans sa qualité.

QUALITÉ DES SOINS EN MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (MPR) : MOYENS MIS EN ŒUVRE

La qualité des soins donnés aux patients dans le cadre de la MPR dépend :

- du niveau de la formation initiale reçue par ces spécialistes,
cette formation est en France, par rapport aux autres pays d'Europe, reconnue d'excellent niveau. La sélection en fin de première année des études de médecine est très dure, elle est suivie quelques années plus tard par le concours de l'internat. Les études de médecine sont une véritable formation professionnelle avec des évaluations régulières des compétences pratiques et théoriques.
Certains établissements se sont engagés dans des procédures d'accréditation de la qualité de la formation initiale des internes en MPR. Ils ont obtenu la certification de services formateurs agréés par le Board européen de MPR. Ils doivent être recertifiés tous les cinq ans.
Certains ont reçu, au terme de leurs études, sur la base de leurs titres et travaux ou par le biais d'un examen, le label du Board européen de MPR.
- du niveau de leur formation continue, qu'il s'agisse de formation scientifique ou de formation aux pratiques professionnelles,
comme dans beaucoup de pays européens la formation continue repose sur le principe du volontariat. La densité des congrès, réunions scientifiques, leur niveau de qualité, permettent une actualisation régulière des compétences.
Ceux qui le souhaitent peuvent s'engager dans une démarche de formation médicale continue évaluée, dans le cadre du Board européen de MPR.
- de la qualité des structures dans lesquelles sont reçus les patients
les normes sont, en France définies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) pour tous les établissements sanitaires.
??? pour les cabinets libéraux de MPR ???
- de la qualité des programmes de soins
il n'y a pas actuellement de programme d'accréditation de cette qualité en France.
Les instances européennes de la MPR s'intéressent à ces procédures et organisent en novembre 2003 un premier séminaire sur ce thème à Marseille.

La mise en place, l'évaluation régulière de ces différents niveaux qui assurent la qualité des soins, et leur amélioration régulière représentent un coût pour la santé en général, pour les établissements ou les professionnels qui s'y engagent de façon volontaire ou dans un cadre légal obligatoire dans ces procédures.

La qualité des soins a un coût.

Préambule

I. INTRODUCTION	11
II. HISTORIQUE ET CONTEXTE DU PROJET	11
■ A. LA DÉMARCHE QUALITÉ EN MPR	12
■ B. LES STRUCTURES REPRÉSENTATIVES DE LA MPR	13
III. ELABORATION DU RÉFÉRENTIEL	14
IV. COMPOSITION DES COMMISSIONS	16
V. REMERCIEMENTS	17

I. INTRODUCTION

Ce Référentiel a été élaboré dans le but d'orienter l'exercice des professionnels libéraux de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) dans une démarche de modernisation et de qualité de la prise en charge des patients, entreprise par l'ensemble de la spécialité de médecine physique et de réadaptation à travers :

- L'amélioration des standards de qualité des cabinets libéraux de Médecine Physique et de Réadaptation, respectant la diversité des situations de terrain, mais convergeant vers des critères communs de qualité.
- L'amélioration de l'organisation des soins ambulatoires en Médecine Physique et de Réadaptation avec une meilleure définition du rôle joué par les médecins libéraux, en complémentarité avec les structures institutionnelles.

A partir de ce référentiel, il est possible de bâtir un réseau national de qualité auquel les praticiens des cabinets libéraux de Médecine Physique et de Réadaptation peuvent adhérer par un engagement volontaire.

Le travail conduisant à la rédaction de ce référentiel a permis :

- De définir les moyens matériels, humains et professionnels adaptés aux règles de bonnes pratiques fondées sur l'état de la science et le consensus professionnel.
- De fournir des données quantitatives et qualitatives qui permettent de dimensionner un réseau de qualité en médecine physique et de réadaptation.

Le descriptif des moyens que nous donnons ci-dessous représente un idéal. L'atteindre et se maintenir au niveau de cet idéal supposent un coût financier (coût de la pratique), que le référentiel permet d'estimer et qui doit être intégré à la valeur de l'acte, en sus du travail médical proprement dit.

Ce référentiel de moyens a été conçu comme un outil s'inscrivant dans la démarche engagée par la profession sous l'appellation "évaluation des pratiques professionnelles" (EPP).

II. HISTORIQUE ET CONTEXTE DU PROJET

Le projet d'un référentiel de moyens des cabinets libéraux est né en juillet 2000, au cours d'une discussion entre le Syfmer et les responsables de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sur le manque de moyens accordés à la Médecine Physique et de Réadaptation pour assurer correctement sa mission de prise en charge ambulatoire des personnes handicapées. Pour autant, ce projet n'est ni ponctuel ni isolé, mais s'inscrit dans un ensemble de démarches menées depuis 1995 par l'ensemble des structures de notre spécialité.

On peut citer ces démarches par ordre chronologique :

- 1996 : audit sur les orientations et les conditions d'exercice de la MPR en France, réalisé par le Syfmer.
- 1997 : charte des unités, services et centres de MPR, rédigée par le Syfmer sur la base des groupes de travail pour l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire dans les Services de suite et de réadaptation.

- 1999 : signature d'une Charte-qualité par les huit composantes de la Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer). Celle-ci décrit les concepts fondateurs de notre spécialité, les différentes structures d'exercice avec leurs missions, leurs principes de fonctionnement et les relations avec leurs différents partenaires.
- 2001 : validation par la Fedmer des "Critères de prise en charge des patients en médecine physique et de réadaptation", rédigés par le Groupe de travail Rhône-Alpes animé par le Dr Paul Calmels.
- 2002 : lancement du projet de "Référentiel de moyens des cabinets libéraux de MPR", promu par le Syfmer et financé par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Certes, chacun de ces projets a une histoire particulière mais, au delà des conditions anecdotiques, il convient de les situer dans le cadre d'une volonté d'amélioration de la qualité des soins partagée par l'ensemble de la spécialité de médecine physique et de réadaptation. Pour mieux le faire comprendre au lecteur qui n'a pas eu le loisir de suivre chacune de ces étapes, il est nécessaire de décrire la structuration des organisations actives de la MPR et le schéma dans lequel s'inscrit, à présent, chacune de nos actions.

■ A. LA DEMARCHE QUALITE EN MPR

L'éthique médicale impose à tout médecin d'offrir à chaque patient la meilleure qualité de soins possible. Longtemps, les références principales de cette qualité ont été l'enseignement hospitalo-universitaire, le Serment d'Hippocrate et le Code de déontologie médicale. Depuis une dizaine d'années, une formalisation différente, inspirée du monde de l'industrie et des services, s'est peu à peu développée en France, après s'être imposée dans les pays anglo-saxons.

On peut considérer que la qualité des soins repose sur quatre facteurs sur lesquels les structures de notre spécialité peuvent agir de manière complémentaire :

- La compétence professionnelle relève de :
 - La formation universitaire initiale, sanctionnée par un diplôme national, une qualification délivrée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à laquelle peut s'ajouter la certification délivrée par le Collège européen de MPR (European Board of PRM). En France, cette formation initiale relève du Collège des enseignants universitaires de MPR.
 - La formation continue est une obligation déontologique. Elle relève des associations de FMC et des sociétés savantes (Sofmer, ANMSR, EMPR, associations régionales) regroupées au sein de l'Asforred. Au niveau européen, une recertification est prévue sur la base d'un dossier prouvant les efforts de formation continue de chaque médecin. Une harmonisation avec les procédures nationales plus ou moins contraignantes est à l'étude.
- L'organisation des structures de soins en fonction des objectifs fixés à partir des besoins sanitaires. Ceci a fait l'objet de deux documents de référence validés par la Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer) :

- La Charte-qualité de la Fedmer signée à Angers en novembre 1999.
 - Les critères de prise en charge des patients.
- Le descriptif des actes et des procédures appliquées dans la spécialité ainsi que des critères de pertinence de leur application en fonction des situations pathologiques :
 - La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), le Catalogue des Actes de Rééducation (CdARR) dont l'élaboration a été confiée aux sociétés savantes.
 - Les recommandations de bonnes pratiques, édictées par l'ANAES relèvent également de l'avis des sociétés savantes.
 - Restent enfin à définir les moyens nécessaires pour que les meilleurs soins puissent être prodigués au patient en fonction de ses besoins bien définis et de l'état de l'art défini selon les données modernes de la science. C'est sur cet aspect que le Syfmer s'est impliqué depuis 1995 avec :
 - La rédaction d'une première Charte des unités, services et centres de rééducation, qui a servi de référence pour l'élaboration de plusieurs SROS.
 - Et le présent projet de Référentiel de moyens des cabinets libéraux, financé par le FAQSV.

La rédaction des différents textes dont nous avons fait état n'est pas une fin en soi mais représente une étape de réflexion préalable ou concomitante d'une évolution volontaire de l'organisation de notre spécialité dans le sens d'une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources humaines et matérielles ainsi que d'un service capable de répondre au mieux aux besoins du patient en particulier et de la population en général.

■ B. LES STRUCTURES REPRESENTATIVES DE LA MPR A LA DATE DE PUBLICATION

1. Les structures nationales représentatives en France :

La Médecine Physique et de Réadaptation en France est riche de nombreuses structures associatives régionales et nationales qui témoignent de sa diversité et de son dynamisme créatif. Une volonté forte d'harmoniser ces énergies dans un esprit d'échange et de complémentarité a conduit à créer une fédération nationale. Ainsi, la **Fédération française de médecine physique et de réadaptation** (Fedmer) réunit les huit structures nationales représentatives de la spécialité :

<i>Sigle</i>	<i>Intitulé, Président, Adresse internet</i>
FEDMER	Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation <i>Président</i> : Pr. Alain DELARQUE <i>Site</i> : www.cpod.com/monoweb/fedmer
COLLEGE	Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation <i>Président</i> : Pr. Jean Marie ANDRE <i>Site</i> : www.med-angers.univ.fr/invite/collège_mpr
SOFMER	Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation <i>Président</i> : Pr. Jacques PELISSIER

SYFMER	Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation <i>Président</i> : Dr. Bertrand MORINEAUX <i>Site</i> : www.cpod.com/monoweb/syfmer
ASFORRED	Fédération des associations de formation en Médecine Physique et de Réadaptation <i>Président</i> : Pr. Jean Michel VITON <i>Site</i> : www.anmsr.asso/asforred
ANMSR	Association Nationale des Médecins Rééducateurs <i>Président</i> : Dr. Patricia BLONDEL <i>Site</i> : www.anmsr.asso.fr
EMPR	Entretiens de Médecine Physique et de Réadaptation de Montpellier <i>Président</i> : Pr. Michel SIMON
GMRHP	Groupement des Médecins Rééducateurs des Hôpitaux Publics <i>Président</i> : Dr. Daniel DEPARCY
SNMS	Syndicat des médecins salariés spécialistes en MPR <i>Président</i> : Dr. Pascal CHARPENTIER

2. Les structures Européennes :

Au niveau européen, la médecine physique et de réadaptation dispose également de plusieurs structures représentatives au sein desquelles les délégués français jouent un rôle très actif :

- La **Section spécialisée de médecine physique et de réadaptation de l'Union européenne des médecins spécialistes et le Collège européen de médecine physique et de réadaptation** ont mis en place un programme harmonisé de formation initiale en MPR, une certification par examen théorique ou sur dossier d'équivalence et une accréditation des sites formateurs en MPR. Vingt-quatre pays de la Communauté Européenne et de l'espace économique européen participent à ces organisations.
- La **Fédération européenne de médecine physique et de réadaptation** réunit les sociétés savantes européennes.
- L'**Académie européenne de MPR** traite des problèmes éthiques.

III. ELABORATION DU REFERENTIEL

L'ensemble des travaux a été coordonné par un Comité de suivi composé de quatre praticiens en MPR ayant une expérience de l'organisation en santé, assisté par la société ICONES Interventions, Conseils, Etudes, Santé S.A. pour l'encadrement méthodologique du projet.

Un comité de pilotage s'est réuni le 24 janvier 2002 pour préciser les objectifs et les orientations du projet. Après en avoir débattu, le Comité de pilotage a confirmé les objectifs inscrits dans la convention entre le Syfmer, promoteur du projet, et la CNAMts, ainsi que la structuration du référentiel.

L'unanimité s'est faite pour refuser un document à caractère normatif ou réglementaire, pour vouloir en faire un outil souple utilisable dans le cadre d'une

démarche volontaire d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche se réfère à l'accréditation instituée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), mais aussi à la procédure du Committee for Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF américain) et aux procédures de certification ISO.

Le fil conducteur structurant le référentiel est constitué par l'analyse des besoins du patient et la réflexion sur les moyens susceptibles d'y répondre de manière optimale. Il a été souligné que la notion de "besoins du patient" était plus complexe que le simple désir d'acheteur dans un système commercial. Dans le cadre médical, les "besoins du patient" doivent également inclure :

- Des impératifs médicaux, parfois contradictoires avec les souhaits immédiats exprimés par le patient ; par exemple l'interdiction d'appuyer sur un membre fracturé, l'obligation de porter un corset correcteur pour une scoliose chez l'adolescent ou le refus de pratiquer une manipulation vertébrale devant une lombosciatique ou chez un nouveau-né...
- Une logique de rééducation active et de réadaptation qui passe parfois par une étape de confrontation entre le médecin et son patient, même si l'écoute et la pédagogie sont toujours nécessaires.

Le référentiel proposé est ainsi structuré en quatre chapitres :

- Accueil et accessibilité,
- Hygiène et sécurité,
- Recueil, circulation et traitement de l'information,
- Prise en charge de Médecine physique et de réadaptation.

Les trois premiers chapitres traitent d'aspects transversaux de la pratique de MPR ; le quatrième regroupe les modules correspondant à la diversité des champs d'intervention et des modes d'exercice.

L'élaboration du contenu du référentiel s'est ensuite déroulée en plusieurs étapes :

- Première rédaction lors d'un séminaire de deux jours, les 28 et 29 mars 2002, auquel participaient 34 experts,
- Diffusion en juillet 2002 aux 1800 spécialistes libéraux et salariés en Médecine Physique et de Réadaptation, de manière à faire connaître la démarche et recueillir les observations de chacun,
- Synthèse des remarques parvenues lors d'une réunion de travail du comité de suivi le 21 septembre 2002 à Paris.
- Présentation publique lors du congrès annuel de la société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer) à Perpignan, le 12 octobre 2002.
- Validation par l'ensemble des experts, au cours d'un séminaire de travail, le 22 novembre 2002 à Paris.
- Une enquête de moyens auprès des médecins libéraux de MPR a été conduite dans le courant de l'année 2003 pour soumettre le référentiel validé par des experts aux "réalités du terrain" (cf. éléments de synthèse en annexe [page](#) :).

Ce référentiel reflète un consensus professionnel fondé sur l'état de l'art au moment de sa rédaction. Il reste ouvert aux évolutions technologiques et scientifiques à venir.

IV. COMPOSITION DES COMMISSIONS

1. Comité de suivi :

Dr. Bertrand MORINEAUX
Dr. Xavier ETCHECOPAR
Dr. Bertrand ROUSSEAU
Dr. Georges de KORVIN

2. Comité de pilotage :

3 représentants du Syfmer

Dr. Bertrand MORINEAUX (*Président du Syfmer*) *Mi-temps libéral + PH temps partiel*
Dr. Xavier ETCHECOPAR (*Secrétaire général du Syfmer*) *activité libérale*
Dr. Bertrand ROUSSEAU (*Trésorier du Syfmer*) *activité libérale*

3 représentants de la Fedmer

Pr. Jean Marie ANDRE (*Président du collège des enseignants*) *PU-PH*
Dr. Georges de KORVIN (*Secrétaire général de la Fedmer*) *activité libérale*
Dr. Jacques CARZON (*Délégué de l'Anmsr*) *activité libérale*

4 représentants des régions

Dr. Pierre BENEZET (*Paca*) *activité salariée PSPH*
Dr. Marc GENTY (*Normandie*) *activité privée à but lucratif*
Dr. Jacques VASSEUR (*Nord*) *activité libérale*
Dr. Christian LAGIER (*Rhône alpes*) *activité salariée du secteur public*

3. Comité scientifique :

12 représentants des régions (médecins Mpr)

Dr. Bernard FALLER (*Alsace*) *activité libérale*
Dr. Serge PASSEVANT (*Aquitaine*) *activité libérale*
Dr. Louis COUDEYRE (*Auvergne*) *activité libérale*
Dr. Nicole HEBERT (*Bretagne*) *activité libérale*
Dr. Patrick CABANEL (*Languedoc-Roussillon*) *activité libérale*
Dr. Jean CONDOURET (*Midi-Pyrénées*) *activité libérale*
Dr. Pierre REQUIER (*Provence-Alpes-Côte d'Azur*) *activité libérale*
Dr. Jean Claude GOURHEUX (*Provence-Alpes-Côte d'Azur*) *activité libérale*
Dr. Bernard ALLIAT (*Poitou-Charentes*) *activité libérale*
Dr. Jean Pierre GALAUP (*Rhône-Alpes*) *activité libérale*
Dr. Bernard BORDET (*Bourgogne-Franche comté*) *activité privée à but lucratif*
Dr. Dominique CHOMARD (*Pays de Loire*) *activité salariée du secteur public*

8 personnalités non Mpr

Pr. Charles HONORAT (*Professeur de médecine générale - Rennes*)
Dr. Michel DELCEY (*Conseiller médical de l'APF - Paris*)
M. Jean Jacques DUFURNET (*Orthoprothésiste -Rennes*)
M. Jean François WALGER (*Masseur-kinésithérapeute - Bordeaux*)
Dr. Daniel MAYEUX (*Médecin de santé publique – ARH de Lorraine*)
Dr. Pierre MONOD (*Rhumatologue - Castelnauary*)
Dr. Myriam MERLE (*Médecin hygiéniste - Nancy*)
Mme Caroline PRONESTI (*Ergothérapeute – Les Angles*)

4. Société conseil : ICONES (intervention études et conseils en santé)

Mme Nathalie ORTHOLAN

Mme Catherine FABRE

V. REMERCIEMENTS

Les membres du comité de pilotage tiennent à remercier pour leur collaboration à ce travail :

- **Le Professeur Jacques PELISSIER,**
Président de la Sofmer, PU-PH de MPR,
Chef de service du département de MPR – CHU de Nîmes.
- **L'Association Bretagne Mieux Vivre,**
1 square du Chêne Germain, 35510 CESSON SEVIGNE.
- **Monsieur Jean Jacques DUFURNET,**
orthoprothésiste,
Société PROTEOR Rennes, 40 boulevard Laënnec, 35000 RENNES.
- **Monsieur Jean GASTARD,**
orthoprothésiste,
Société ORTHOFIGA, 6 allée de la Bourgonnette, 35000 RENNES.
- **Monsieur CHAUVEAU,**
podo-orthésiste,
Etablissements CHAUVEAU, Parc de Brocéliande, BP 86302, 35763 SAINT GREGOIRE.
- **Le Docteur Paul CALMELS,**
médecin spécialiste de MPR,
service de MPR, Hôpital Bellevue, 42055 Saint Etienne cedex 2.
- **Monsieur Remy HUGAULT,**
Directeur technique national "Cadre de vie"
APF - 17 boulevard Blanqui, 75013 Paris.

“Accueil et Accessibilité”

I. INTRODUCTION	21
II. ACCUEIL	21
■ A. INTRODUCTION	21
1. Lorsque le patient n'est pas sur place	21
2. Lorsque le patient est au cabinet	21
■ B. OBJECTIF	21
■ C. MOYENS	21
1. Moyens matériels	21
2. Moyens humains	23
III. ACCESSIBILITÉ	24
■ A. INTRODUCTION	24
■ B. OBJECTIFS	25
1. Permettre à toute personne d'accéder aux soins médicaux	25
2. Permettre au professionnel de disposer d'un espace de travail ergonomique.	25
■ C. MOYENS	25
1. Parcours extérieur au cabinet	25
2. Parcours intérieur	27
■ D. BIBLIOGRAPHIE	29
1. Textes officiels	29
2. Autres références	29

I. INTRODUCTION

Pour simplifier l'approche du sujet, les objectifs et les moyens se rapportant à l'accueil et à l'accessibilité sont présentés séparément.

- **L'accueil** recouvre la signalétique, les moyens humains et les moyens techniques complémentaires ou de substitution.
- **L'accessibilité** recouvre les aménagements architecturaux et le mobilier, hors les matériels spécifiques traités dans le chapitre "La prise en charge du patient en MPR".

II. ACCUEIL

■ A. INTRODUCTION

Les éléments d'accueil à prendre en compte concernent les situations suivantes :

1. Lorsque le patient n'est pas sur place

- **Prise de rendez-vous : rendez-vous programmés et urgences**
- **Demande de renseignements**
- **Suivi administratif**
- **Rappels de suivi médical**
- **Coordination des intervenants**

2. Lorsque le patient est au cabinet

- **Signalétique d'accès au cabinet**
- **Humanisation et personnalisation de l'accueil : confidentialité, mise en confiance, personnalisation des réponses aux demandes du patient, respect de la culture du patient, etc.**
- **Confort : mobilier, ambiance phonique et visuelle, ventilation, ambiance thermique.**
- **Assistance administrative et sociale.**
- **Assistance pratique (appel taxi, prises de rendez-vous avec d'autres professionnels, rédaction des imprimés...).**
- **Aide aux transferts, habillage...**
- **Accueil des arrivées inopinées.**

■ B. OBJECTIF

Les moyens proposés ci-dessous ont pour objectif d'offrir un accueil convivial et efficace, fondé sur un respect réciproque du patient et du professionnel.

■ C. MOYENS

1. Moyens matériels

a) Dispositif de communication externe

Une ligne téléphonique est le minimum **indispensable**, de même qu'un répondeur téléphonique ou un renvoi vers un standard ou une centrale d'appel capable d'orienter le patient en cas d'urgence.

Il est néanmoins **souhaitable** que le cabinet soit également équipé :

- D'une seconde ligne dédiée pour les fax.
- D'un accès à Internet, en raison du développement des échanges électroniques d'informations avec les correspondants professionnels, les patients et les organismes sociaux.

b) Dispositif de communication interne

La communication du patient se présentant à l'entrée du bâtiment peut être facilitée par un interphone ou un visiophone. Ceci permet au patient de demander une assistance éventuelle. Il contribue également à assurer la sécurité du cabinet.

Il est **souhaitable** que tout lieu où le patient est susceptible de se trouver seul (WC, box de soins), soit équipé d'un dispositif d'alarme bien repérable et facile d'accès.

c) Signalétique

Une signalétique murale et, si nécessaire, un marquage au sol, doit faciliter l'orientation dans le bâtiment et dans le cabinet médical. Il est **indispensable** qu'apparaissent notamment : le lieu d'accueil, la salle d'attente, les sanitaires, les salles de consultation et les salles techniques. Cette signalétique doit également contribuer à la personnalisation de l'accueil : nom du ou des médecins, nom de la secrétaire, noms des autres professionnels intervenant dans le cabinet. (Voir aussi les moyens concernant les informations relatives au cadre d'exercice du praticien dans le chapitre "Recueil, traitement et communication de l'information").

Il est **indispensable** que toutes les informations relatives à la sécurité (extincteurs, sorties de secours) soient clairement apparentes.

Une attention particulière doit être portée à l'information des personnes malvoyantes : caractères clairs sur fond sombre, éclairage adapté, repères de couleur et repères tactiles.

d) Mise à disposition d'aides techniques

Il est **souhaitable** de pouvoir mettre transitoirement à disposition du patient une paire de cannes anglaises, un déambulateur, un fauteuil roulant et éventuellement un brancard. Ceci n'est pas destiné à une utilisation à l'extérieur du cabinet, mais doit permettre de faciliter les déplacements du patient à l'intérieur du cabinet ou des essais de marche pendant la consultation.

e) Agencement de la banque d'accueil

L'agencement doit avoir une ergonomie favorable à la convivialité, la confidentialité de l'accueil et à la réalisation des tâches administratives.

f) Agencement des zones d'attente

Les zones d'attente doivent être gérées de manière à offrir le meilleur confort d'attente possible aux différents types de patients :

- Les personnes en souffrance aiguë,
- Les enfants (jeux muraux...),
- Les personnes en brancard.

2. Moyens humains

a) Le médecin lui-même

Dans les conditions économiques actuelles, le médecin est dans l'obligation d'effectuer de nombreuses tâches en plus de l'acte médical proprement dit :

- Réponse téléphonique en l'absence de secrétaire,
- Préparation des locaux entre deux actes (nettoyage et remise en ordre des locaux, du mobilier et de l'équipement médical),
- Aide aux transferts des patients qui peut aller jusqu'à la manutention de personnes impotentes,
- Tâches de gestion administrative.

b) Les moyens de secrétariat

S'il n'assume pas lui-même l'ensemble des tâches de secrétariat, le médecin peut faire appel à une secrétaire salariée par le cabinet, à une structure de secrétariat à distance ou à une centrale d'appel.

Dans un cabinet de MPR, la secrétaire joue un rôle très important et peut être appelée à effectuer les tâches suivantes :

(1) Accueil et secrétariat

- Accueil : physique et téléphonique.
- Préparation de courriers et autres documents : dactylographie, photocopies, envois, classement.
- Coordination : suivi des agendas, préparation de voyages professionnels et de réunions de travail du médecin, suivi des interventions des entreprises d'appareillage orthopédique collaborant au cabinet.
- Suivi des dossiers administratifs des patients.
- Mise à jour de bases d'adresses.
- Maintenance bureautique courante, en particulier : sauvegarde régulière des données.

(2) Pour mémoire : gestion et comptabilité

- Gestion des recettes : encaissements, dépôts en banque, télétransmission des feuilles de soins, suivi des tiers payants, relance des impayés, correspondance avec les caisses sur les anomalies courantes.
- Gestion des dépenses : tenue d'un échéancier, suivi des règlements à effectuer, commande des achats courants.
- Comptabilité en relation avec l'expert-comptable du cabinet : enregistrement des recettes et dépenses sur logiciel informatique, états de rapprochement bancaire, préparation des documents à présenter à l'expert-comptable.

(3) Tâches annexes

- Assistance à la préparation des locaux et des équipements médicaux.
- Petites courses à l'extérieur (le praticien doit prendre à sa charge le supplément d'assurance automobile et rembourser les frais de déplacement).

La secrétaire contribue également à l'humanisation de l'accueil du patient.

c) Personnel d'entretien et de ménage

Le médecin peut faire appel à un personnel salarié ou à une société extérieure pour le ménage et l'entretien des locaux.

d) Maintenance générale

Pour les matériels spécifiques, il est **souhaitable** de souscrire un contrat d'entretien et de dépannage.

e) Autres moyens humains

Pour répondre de manière optimale aux besoins du patient et aux spécificités d'un cabinet de MPR, il conviendrait de disposer des moyens financiers permettant de s'adjoindre les services :

- D'un aide-soignant ou d'un brancardier,
- Eventuellement, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'un manipulateur en radiologie.
- D'une assistance pour l'entretien technique des locaux.

Des relations de partenariat doivent pouvoir être établies avec d'autres professionnels du secteur médico-social, en particulier : kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, orthoprothésiste, podoprothésiste, pédicure-podologue, assistante sociale, psychologue, médiateurs de l'insertion sociale et professionnelle, etc.

III. ACCESSIBILITE

■ A. INTRODUCTION

Il convient de tenir compte des handicaps somatiques, sensoriels et psycho-intellectuels.

- **Pour le handicap moteur, la référence est la personne en fauteuil roulant.** Ce qui est accessible en fauteuil roulant est supposé accessible à tout le monde. Par exemple : lésions ostéoarticulaires, paraplégies, hémiplegies, troubles de l'équilibre... Les aménagements doivent également être adaptés aux personnes ayant un membre inférieur immobilisé en extension (espace suffisant devant le siège).
- Autres types de déficiences à prendre en compte : handicap visuel, auditif, cognitif, psycho-comportemental.

Il faut également penser à certaines situations particulières de handicap : personnes accompagnées d'enfants en poussettes, par exemple.

Des facteurs modificateurs peuvent s'ajouter, selon le type de recrutement du cabinet :

- Personne en brancard
- Accompagnée ou non.
- Tenir compte du débit de patients : l'organisation sera différente pour un médecin travaillant seul et effectuant généralement des actes longs (par exemple des explorations pelvisphinctériennes) et pour un groupe médical associant plusieurs médecins et éventuellement plusieurs autres professionnels.

L'existant architectural est également à prendre en compte :

- Bâtiment construit après 1994 : respect des textes réglementaires + recommandations.
- Bâtiment construit avant 1994 : comment gérer l'ancien ?

■ B. OBJECTIFS

Les moyens proposés ci-dessous ont pour objectifs de :

1. Permettre à toute personne d'accéder aux soins médicaux

a) Parcours extérieur au cabinet

L'objectif spécifique est de faciliter l'accès au cabinet médical.

Cela concerne donc :

- Les transports en commun – l'information
- L'accès en voiture – le stationnement
- La circulation jusqu'à l'entrée du bâtiment – la signalétique (localisation du cabinet)
- L'accès à l'intérieur du bâtiment – l'accueil (sonnette – interphone...)
- La circulation verticale dans le bâtiment.

b) Parcours intérieur du cabinet

Les objectifs spécifiques sont de permettre au patient d'être le plus indépendant possible à l'intérieur du cabinet, ce qui signifie supprimer les obstacles matériels à la communication, rendre l'attente confortable, faciliter les transferts et l'utilisation des équipements du cabinet.

- Les circulations horizontales (couloirs)
- La réception
- L'attente (gestion de l'attente)
- Les sanitaires
- Les salles de consultation et les salles techniques

2. Permettre au professionnel de disposer d'un espace de travail ergonomique.

■ C. MOYENS

1. Parcours extérieur au cabinet

a) Transports en commun

Il est **souhaitable** qu'il existe à proximité du cabinet une station de transport en commun, avec un parcours sans obstacle jusqu'au cabinet.

Le cabinet peut également établir une collaboration avec un service de transport dédié aux personnes handicapées.

b) Transport en voiture - stationnement

Le transport en voiture recouvre les véhicules particuliers, les taxis et les véhicules sanitaires. Il est **souhaitable** de disposer d'emplacements de stationnement :

- Pour les véhicules particuliers.
- D'une place au moins adaptée aux personnes en fauteuil roulant (largeur minimale 3,30 m – Arrêté du 24/12/1980).

- D'une aire de déchargement, si possible couverte, pour les véhicules sanitaires et ambulances.

c) Circulation jusqu'à l'entrée du bâtiment

Il est **souhaitable** que le patient puisse accéder à l'entrée du bâtiment sans rencontrer d'obstacle infranchissable ou dangereux (par exemple bornes qui peuvent être heurtées par les personnes malvoyantes). Les recommandations pratiques qui suivent font référence à la réglementation de 1994.

Il est **souhaitable** que les allées de circulation permettent le croisement d'une personne valide et d'une personne en fauteuil roulant. Une largeur de 1,40 m est recommandée. Une largeur de 1,20 m est tolérée s'il n'y a aucun mur de part et d'autre.

Si le bâtiment n'est pas de plain pied, on se réfère à la **réglementation** des installations ouvertes au public (ERP) :

- *La rampe d'accès ne doit pas avoir une pente supérieure à 5 %. Lorsqu'elle dépasse 4 % de pente, un palier de repos horizontal est nécessaire tous les 10 m. En cas d'impossibilité technique d'utiliser des pentes inférieures à 5 %, les pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement : 8 % sur une longueur inférieure à 2 m ; 12 % sur une longueur inférieure à 0,50 m. Un palier de repos de 1,40 m doit être prévu en début et en fin de rampe, hors des débâtements de porte éventuels (arrêté du 31 mai 1994).*
- *La protection par un garde-corps des ruptures de niveau supérieures à 40 cm est particulièrement importante pour les personnes circulant en fauteuil roulant et pour les personnes ayant des déficiences visuelles. (Circulaire n°94-55 du 7 juillet 1994). Il est également utile de prévoir une bordure de quelques centimètres le long d'un cheminement en pente afin de permettre le guidage des roues des fauteuils roulants (Circulaire n°94-55 du 7 juillet 1994).*
- *La pente transversale doit être la plus faible possible. Lorsqu'un dévers ne peut être évité le long du cheminement courant, il doit être inférieur à 2 %. (Arrêté du 31 mai 1994). Dans un cheminement en pente de 4 %, il ne doit pas y avoir de dévers sensible. En cheminement courant il est souhaitable que la valeur du dévers ne dépasse pas 1 %. (Circulaire n°94-55 du 7 juillet 1994).*
- *Les escaliers, lorsqu'ils ne peuvent être évités, doivent être d'une largeur suffisante et munis d'une main courante, si possible à double hauteur. Il est souhaitable que les nez de marche soient chanfreinés, antidérapants et de couleur contrastée.*

Selon la réglementation, le sol doit être non meuble et non glissant. Si les ressauts ne peuvent être évités, ils doivent être inférieurs à 2 cm.

Recommandation : si certains obstacles ne peuvent être totalement effacés, ils doivent être bien signalés (couleurs contrastées, bandes rugueuses au sol)

d) Accès à l'intérieur du bâtiment

L'entrée du bâtiment doit être accessible à une personne à mobilité réduite. Dans les bâtiments anciens, les éventuels obstacles existants doivent pouvoir être palliés par une adaptation technique ou une assistance humaine.

Rappel de la **réglementation** pour les établissements recevant du public (ERP) : “La largeur minimale des portes est de 1,40 m lorsqu’elles desservent un local pouvant recevoir plus de 100 personnes. Un des vantaux a une largeur minimale de 0,80 m. La largeur minimum des portes qui desservent des locaux pouvant recevoir moins de 100 personnes est de 0,90 m. Toutefois lorsqu’une porte ne dessert qu’un local d’une surface inférieure à 30 m², la largeur de porte minimale est de 0,80 m (Arrêté du 31 mai 1994)”.

Il est **recommandé** cependant de répartir la porte en un vantail principal de 0,90 m et un vantail secondaire de 0,50 m afin de faciliter le passage des fauteuils roulants.

Les portes d’entrée doivent être d’ouverture facile, les portes automatiques étant une solution **recommandée**. S’il s’agit d’une porte battante à ouverture manuelle, il doit exister un espace de dégagement de 30 cm au moins, permettant au fauteuil de s’approcher de la poignée.

Il est **souhaitable** que l’entrée soit couverte et protégée de la pluie.

S’il existe un sas d’entrée, il est **souhaitable** qu’il soit dimensionné de manière à permettre le croisement d’une personne valide avec une personne en fauteuil roulant (1,40 m de large sur 2,30 m de long).

Il est souhaitable que toute commande de porte, sonnette, interphone ou ascenseur soit accessible à une personne en fauteuil roulant.

Il est **souhaitable** que les ascenseurs soient accessibles en fauteuil roulant. Les dimensions **recommandées** sont : largeur de porte de 0,80 m ; dimensions intérieures : profondeur : 1,30 m ; largeur : 0,80 m. Ou mieux 1,50 m x 1,20 m. Pas de tapis brosse dans la cabine. Espace de dégagement sur le palier : 1,50 m x 1,50 m. Système d’alerte.

Pour faciliter l’accès des personnes handicapées sensorielles, il est **souhaitable** que l’ascenseur soit équipé d’un répéteur d’annonce vocale et visuelle, ainsi que de touches de commande en relief ou en Braille.

2. Parcours intérieur

a) Circulations horizontales

Il est **souhaitable** que les locaux soient aménagés de manière à faciliter la circulation des personnes en fauteuil roulant, des personnes souffrant de troubles de l’équilibre et des déficients visuels.

Réglementation : “La largeur minimale des portes qui desservent des locaux pouvant recevoir moins de cent personnes est de 0,90 m. Toutefois lorsqu’une porte ne dessert qu’une pièce d’une surface inférieure à 30 m², la largeur de porte minimale est de 0,80 m.” (Arrêté du 31 mai 1994).

Une largeur de couloir de 1,20 m permet une circulation facile. Les détails techniques d’aménagement peuvent être consultés dans la brochure “Handicap et Habitat” du CNRH.

Il est **souhaitable** d'équiper les murs de mains courantes.

Il est **souhaitable** de protéger les murs et les portes par rapport aux impacts des fauteuils roulants et des brancards.

b) Réception

La **réglementation** est la suivante :

- *Lorsque la fonction d'un établissement ou d'une installation amène les usagers à utiliser des tables, écritoirs ou guichets, un au moins de chacun de ces aménagements doit être utilisable par les personnes handicapées (art R111.19.1 du Code de la Construction et de l'habitation).*
- *La hauteur d'une table, d'une tablette ou d'un guichet utilisable par une personne handicapée en fauteuil roulant doit être inférieure à 0,80 m (face supérieure). Le bord inférieur doit être au moins à 0,70 m du sol (Arrêté du 31 mai 1994).*
- *Un emplacement de dimensions minimales : 0,80 m x 1,30 m, libre de tout obstacle, situé devant ou à côté de chacun des aménagements indiqués au paragraphe précédent, doit être accessible par un cheminement praticable (arrêté du 31 mai 1994).*
- *Il est souhaitable de prévoir l'installation de différents systèmes d'amplification et de transmission des sons (avec boucle magnétique) pour tenir compte des différents handicaps auditifs (circulaire 94-95).*

c) Attente

Il est **souhaitable** que la salle d'attente puisse répondre aux critères suivants :

- Espace suffisant et proportionné au nombre de personnes susceptibles de l'occuper. Ce nombre peut varier beaucoup selon le type d'activité médicale (actes programmables ou non, accueil d'urgences...), l'accueil de familles ou de personnes généralement seules, l'organisation générale du cabinet avec, en particulier, l'existence de plusieurs salles ou box permettant de réduire les temps morts d'habillage-déshabillage ou de préparation technique.
- Un espace peut être réservé pour un ou plusieurs fauteuils roulants, voire un brancard.
- Eclairage et ventilation assurant une ambiance confortable.
- L'isolation phonique doit être compatible avec la sécurité des patients pouvant se trouver seuls dans la salle d'attente.

d) Les sanitaires

Il est **souhaitable** de disposer d'un cabinet de toilette accessible en fauteuil roulant.

Les **recommandations** sont :

- Hauteur de la cuvette comprise entre 0,46 m et 0,50 m, distance du bord antérieur au mur de 0,70 m,
- Emplacement de 0,80 m x 1,30 m à côté de la cuvette,
- Commande de chasse d'eau accessible,
- Barre d'appui avec une partie horizontale à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m.
- Lavabo et autres aménagements accessibles.
- Système d'appel.

L'aménagement pourra être facilité par l'installation de portes à débattement réduit.

e) Salle de consultation et salles techniques

Une aire de manœuvre de 1,50 m à 1,70 m est **souhaitable**.

Il est **souhaitable** que la hauteur du divan d'examen permette un transfert aisé depuis un fauteuil roulant.

Une table motorisée facilitera l'ergonomie de travail du praticien.

■ D. BIBLIOGRAPHIE

1. Textes officiels

Ces textes sont très normatifs ; ils concernent l'accessibilité en fauteuil roulant dans les installations ouvertes au public (Etablissements Recevant du Public ERP) et les bâtiments d'habitation collectifs (BH).

- Code de la Construction et de l'habitation.
- Décret n° 80637 du 4 août 1980- Arrêté d'application du 24/12/1980 et du 21/09/1982. (accessibilité du logement).
- Arrêté du 31 mai 1994 et circulaire n° 94-55 du 7 juillet 1994 (ERP – installations ouvertes au public).
- Décret du n° 95260 du 8 mars 1995 relatif à la Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité.

2. Autres références

- Sanchez (J.).- L'accessibilité : support concret et symbolique de l'intégration.- Paris : CTNERHI – numéro hors série.
- Minaire (P.).- Paraplégie et tétraplégie.- In Guide pratique de la rééducation et de la réadaptation.- Paris : Masson, 1982.
- Held (J.P.), Dizien (O.).- Accessibilité et handicap.- In Traité de médecine physique et de réadaptation.- Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1998.
- Grosbois (L.P.).- Handicap physique et construction.- Paris : Editions du Moniteur, 1993.- 420 pages.
- Handicap et habitat.- Paris : CNRH (nombreuses fiches techniques avec schémas).
- Denormandie (Ph.), Fortin (H.).- Architecture et handicap : concevoir l'hôpital pour tous.- Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 1999.- 76 p.- (Les guides de l'APHP)

“Hygiène et Sécurité”

I. HYGIÈNE	33
■ A. INTRODUCTION	33
■ B. OBJECTIFS	33
1. Pour les patients	33
2. Pour les professionnels	33
■ C. MOYENS	33
1. Règles d'hygiène des locaux	34
2. Règles d'hygiène liées à la prise en charge du patient	34
3. Déchets de soins	36
4. Hydrothérapie	36
■ D. BIBLIOGRAPHIE	38
■ E. ANNEXES	39
1. Principes de bionettoyage	39
2. Le lavage des mains	40
3. Procédure de décontamination du matériel	40
II. SÉCURITÉ	41
■ A. INTRODUCTION	41
■ B. OBJECTIFS	41
■ C. MOYENS	41
1. Sécurité des locaux	42
2. Conditions générales de sécurité du patient	42
3. Cas particulier de la rééducation en piscine	42
4. Radioprotection	42
■ D. BIBLIOGRAPHIE	43
■ E. ANNEXE	43

I. HYGIENE

■ A. INTRODUCTION

La médecine physique et de réadaptation se caractérise essentiellement pas des soins de contact, chez des patients à mobilité restreinte, parfois sévèrement immunodéprimés ou fragilisés en raison d'un terrain particulier (âge notamment), ou par des hospitalisations prolongées. La deuxième caractéristique spécifique est la possibilité de mettre en oeuvre des soins avec hydrothérapie, soins potentiellement responsables de transmissions d'infections.

Malgré les fréquentes opportunités de transmettre des infections manuellement croisées, les médecins de MPR libéraux n'ont pas à ce jour été impliqués directement dans les infections nosocomiales. Il apparaît néanmoins important de sensibiliser le corps médical libéral à ce risque infectieux potentiel. En conséquence, il est essentiel lors de la prise en charge du patient d'assurer un respect des règles élémentaires d'hygiène de base, règles qui doivent être connues de l'ensemble du personnel prenant en charge le patient, quels que soient le lieu et les modalités d'exercice.

■ B. OBJECTIFS

Les objectifs visés (réf.1) sont :

1. Pour les patients

- Prévenir le risque de transmission d'infection par agents transmissibles conventionnels et non conventionnels
- Prévenir la diffusion de germes multi-résistants

2. Pour les professionnels

- Donner les moyens aux professionnels d'identifier les risques
- Donner les moyens aux professionnels d'établir des procédures écrites
- Donner les moyens aux professionnels d'adapter la structure aux contraintes d'hygiène de base (conception des locaux)

■ C. MOYENS

Pour répondre à ces objectifs, les recommandations de moyens sont ci-dessous présentées en quatre thèmes :

- Les règles d'hygiène des locaux, en différenciant les locaux de soins et les locaux de circulation
- Les règles d'hygiène liées à la prise en charge du patient
- La gestion des déchets de soins
- Le risque particulier lié à l'hydrothérapie (piscines)

Aucune réglementation n'existe spécifiquement pour les cabinets libéraux. Il existe une réglementation définie par les CLIN en sachant que cette réglementation ne s'adresse qu'aux structures hospitalières publiques et privées (2, 3, 4).

1. Règles d'hygiène des locaux

Les surfaces inertes sont naturellement contaminées soit par sédimentation des particules en suspension dans l'air, soit par contact avec des mains ou des objets souillés et des déchets divers.

La médecine physique et de réadaptation étant par définition une médecine de contact avec les patients et l'environnement, il apparaît indispensable de pouvoir dispenser des soins de qualité dans un environnement maîtrisé, afin d'éviter la propagation des agents transmissibles.

La maintenance de l'hygiène des locaux sera assurée par le respect des principes du bionettoyage des lieux de soins.

Ce bionettoyage doit cependant respecter les normes de sécurité des agents affectés à cette tâche. Le matériel utilisé doit répondre aux normes actuelles de l'ergonomie et de sécurité du travail.

a) Eléments indispensables

- Disposer d'une procédure écrite de bionettoyage à la disposition de l'ensemble des intervenants (**voir annexe 1 page**: principes de bionettoyage).
- Mettre en place une traçabilité de ce bionettoyage.
- Disposer de postes de lavage de mains avec distributeur d'essuie-mains à usage unique, judicieusement positionnés et permettant d'assurer le lavage simple des mains ou un lavage antiseptique si nécessaire (salles de soins où sont effectués des gestes invasifs).

b) Eléments recommandés

- Utiliser des supports individualisés propres entre chaque patient.
- Assurer une désinfection périodique de l'ensemble des surfaces et du matériel en contact avec le patient et tout site touché par les mains.
- Afin de faciliter l'entretien des locaux, on préconise des revêtements lavables.

La ventilation des locaux et la climatisation devront répondre aux normes de sécurité des lieux de travail.

2. Règles d'hygiène liées à la prise en charge du patient

a) Tenue du personnel

En l'absence de contact direct avec le patient : une tenue individuelle propre et correcte.

En situation de contact avec le patient :

- Blouse **indispensable**, qu'il est souhaitable de changer quotidiennement.
- Port **recommandé** de masque de soins par le personnel en cas d'infection ORL ou pulmonaire évolutive.

b) Entre deux patients

Il est **indispensable** :

- D'effectuer un lavage simple des mains (**voir annexe 2 page.....**)
- Ou de remplacer le lavage simple par l'application d'une solution hydro-alcoolique, mais qui doit être de toute façon complétée toutes les 5 applications par un lavage simple des mains

c) Pour tout geste invasif

Il est **indispensable** :

- D'effectuer un lavage antiseptique des mains (annexe 2)
- D'utiliser du matériel à usage unique,
- Et un produit de désinfection de la peau.

L'utilisation de gants est **fortement recommandée** dans le cadre du respect des précautions standards (prévention des accidents d'exposition liés au sang)

d) Gestion du matériel

Dans le cadre du matériel pouvant être réutilisé, il est **indispensable** de toujours utiliser du matériel pouvant subir une désinfection de contact.

(1) Matériel critique

Il s'agit de matériel pénétrant dans un tissu stérile ou en contact avec le sang ou un autre liquide biologique.

- L'utilisation de matériel à usage unique est **indispensable**.
- Dans certains cas particulier où il est impossible d'utiliser du matériel à usage unique (par exemple, capteurs électroniques de pression utilisés pour les bilans urodynamiques), il est indispensable d'en assurer sa stérilisation selon un protocole répondant aux contraintes de la réglementation.

(2) Matériel semi-critique

Il s'agit du matériel en contact avec les muqueuses intactes ou la peau lésée superficiellement.

- L'utilisation de matériel à usage unique est **fortement recommandée**.
- A défaut l'utilisation de matériel patient unique est le **minimum indispensable** ; il est alors nécessaire de prévoir une décontamination désinfection du matériel après utilisation : après avoir mis des gants, trempage du matériel dans une solution de décontaminant-désinfectant 15 minutes, rinçage, séchage avec essuie-mains à usage unique (voir annexe 3 page).

(3) Matériel non critique

Il s'agit du matériel en contact direct avec la peau saine du patient, souillée ou non de liquide biologique.

- Nettoyage une fois par jour : désinfection de contact par application d'un détergent-désinfectant, ou par immersion.
- Une vigilance particulière doit être apportée à tout matériel en contact avec les patients dans les différentes salles de soins de rééducation.
- En cas de contact avec une peau lésée ou un patient connu porteur de germes résistant : nettoyage au détergent-désinfectant après le passage du patient. Ce principe sera respecté pour toutes les surfaces ayant reçu une projection de liquide biologique.

e) Patients à risque défini

Il est **indispensable** de préciser le statut de risque infectieux lors de la prise en charge initiale d'un patient, par l'interrogatoire du patient ou les informations des médecins correspondants.

La connaissance du statut de risque infectieux d'un patient impose des mesures supplémentaires pour :

(1) Les patients porteurs de bactéries multi-résistantes

Dans ce cas :

- port de gants à usage unique non stérile pour tout contact direct avec le patient
- port d'une surblouse à usage unique

(2) Les patients suivis dans le cadre d'une tuberculose ou présentant une infection respiratoire

- Port d'un masque **obligatoire** pour le patient.

f) Education et information du patient

Il faut informer le patient sur :

- L'importance qu'il se lave les mains : un lavage simple des mains au début de chaque séance de rééducation, ainsi qu'en cas d'interruption de la séance pour des gestes quotidiens (après être allé aux toilettes, s'être mouché ...) ; en conséquence, il est **indispensable** de promouvoir l'équipement en point d'eau des salles de rééducation ou d'ergothérapie.
- L'importance de l'entretien de son matériel (lavage régulier à l'eau et au savon des orthèses)
- La nécessité de respecter un minimum de règles quant à la gestion des déchets de soins à domicile.

3. Déchets de soins

a) Déchets à risque

La gestion des déchets de soins est régie par le décret du 6 novembre 1997 relatif à "l'élimination des déchets d'activité de soins à risques" et l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux "modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins à risques infectieux et des pièces anatomiques".

Il y a une **obligation** légale de passer un contrat de collecte des déchets avec un organisme habilité, avec délivrance d'une procédure écrite permettant la traçabilité.

b) Médicaments périmés

Il est **souhaitable** d'assurer un suivi périodique des médicaments à disposition pour retirer du circuit les médicaments périmés.

4. Hydrothérapie

L'objectif d'hygiène concernant les piscines de rééducation en milieu libéral est de maintenir la qualité de l'eau en permanence quant à sa composition physique, chimique et bactériologique, afin d'éviter une contamination infectieuse ou des maladies de contact.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de réglementation pour les piscines de rééducation que ce soit en établissement ou en milieu libéral. La réglementation de référence est celle des piscines publiques (5). Cette réglementation complexe est adaptée à des structures

recevant en général plusieurs dizaines voire centaines de personnes à la fois. Les piscines de rééducation en milieu libéral ne reçoivent que quelques personnes à la fois, le plus souvent moins de 10. C'est pourquoi, si la réglementation des piscines publiques doit servir de référence pour le milieu libéral, elle ne peut cependant pas être appliquée stricto sensu.

Cependant, le médecin de MPR libéral se doit de respecter des règles de fonctionnement des piscines qui assureront une hygiène et une sécurité optimale au patient.

Pour cela, plusieurs types de mesures sont à prendre :

a) Mesures concernant les patients

Le patient sera informé d'un respect d'un **minimum** de règles d'hygiène :

- Se munir d'un peignoir individuel et de serviettes propres
- Utiliser un bonnet de bain et un maillot de bain (bermuda interdit)
- Respecter les consignes de comportement (qui doivent être affichées sur le lieu de balnéothérapie)
- Prendre **obligatoirement** une douche avec savonnage (avec du **savon liquide** doux)
- Respecter, s'il existe, le circuit entrée/sortie (zones et cheminements pour pieds chaussés et déchaussés)

Le médecin de MPR se doit de respecter les indications et contre-indications (en particulier dermatologiques, sphinctériennes et infectieuses).

b) Mesures concernant le personnel

- Utiliser des chaussures spécifiques **réservées exclusivement** au local piscine, ou à défaut des surchaussures
- Porter une tenue adaptée aux soins préconisés.
- Respecter, s'il existe, le circuit entrée/sortie (zones et cheminements pour pieds chaussés et déchaussés).
- Disposer du matériel de premiers soins accessible et fonctionnel.
- Assurer une présence permanente **indispensable** d'une personne soignante.

c) Traitement et contrôle des eaux

Une procédure écrite de traitement des eaux doit être mise en place afin d'assurer la filtration, la désinfection, le renouvellement et la vidange des eaux. Ce traitement doit permettre de maintenir la composition physico-chimique et bactériologique de l'eau dans les limites définies par la réglementation publique.

Un contrôle chimique et bactériologique de l'eau est effectué régulièrement afin de s'assurer du respect de ses normes. La traçabilité de ces contrôles est indispensable. La surveillance sanitaire avec un contrôle **au moins mensuel** de la qualité de l'eau est un point **fondamental** de l'hygiène des piscines à usage médical.

Une recherche annuelle de légionnelle est obligatoire pour ce qui concerne les bains à remous, les bains à jet. L'eau utilisée doit avoir une concentration en *Legionella pneumophila* inférieure au seuil de détection (6)

d) Mesures architecturales

L'architecture des locaux étant difficilement modifiable après construction, il apparaît nécessaire de distinguer les locaux neufs des locaux anciens.

(1) Locaux neufs

Il y a lieu de s'aligner sur la réglementation publique, suivant l'importance de la fréquentation de la piscine.

Il est **indispensable** que :

- Le local de balnéothérapie comporte un pédiluve, des toilettes, des douches et des cabines de déshabillage en nombre suffisant,
- Les espaces "bains écossais" soient accessibles sans impliquer un passage par l'espace piscine.
- Les matériaux utilisés répondent aux normes de construction en milieu humide et que les sols soient anti-dérapants. Sont **à proscrire** : le bois, les moquettes ou produits assimilés, ainsi que tout revêtement amovible, notamment les caillebotis.

Il est **recommandé** que le local de balnéothérapie soit accessible aux personnes à mobilité restreinte.

(2) Locaux anciens

Il y a lieu d'adapter, autant que faire se peut, les locaux pour se rapprocher au plus près de la réglementation publique suivant l'importance de la fréquentation de la piscine.

Il est **indispensable** de posséder au moins une douche et si possible un WC dans l'enceinte des locaux de balnéothérapie.

e) Traitement de l'air

Pour assurer une hygrométrie inférieure à 65 %, une ventilation et une déshumidification de l'air sont **nécessaires**.

f) Bionettoyage

Il permettra d'assurer un bon fonctionnement des installations et la conservation des caractéristiques initiales du lieu (étanchéité, qualité des parois ...) tout en évitant leur dégradation.

La fréquence de l'entretien des sols sera fonction de la fréquentation du bassin.

Il est **indispensable** d'établir une procédure écrite définissant l'entretien du pourtour et des équipements et leur fréquence, en préconisant l'utilisation de produits détergents-désinfectants bactéricides et surtout fongicides.

■ D. BIBLIOGRAPHIE

1. Hospital epidemiology and infection control.- C.GLEN MAYHALL Editor ; Williams et Wilkins Copyright, 1996
2. Hygiène dans les établissements de rééducation fonctionnelle. C.CLIN OUEST, juin 2000.
3. Guide des bonnes pratiques d'Hygiène en Médecine Physique et de Réadaptation.- Cellule régionale d'hygiène de Lorraine, n°6, 2001

4. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, 2ème édition.- Comité technique national des infections nosocomiales, 1999

5. Décret n° 81-324 du 7 avril 1981 et arrêté du 28 septembre 1989 fixant les normes d'hygiène et de sécurité applicables aux piscines et aux baignades aménagées.

6. Circulaire DGS/SD 7A/SD5C – DHOS/E4 n° 2002/243 : circulaire précisant les mesures de prévention et les modalités de surveillance à mettre en œuvre contre la légionellose dans les établissements de santé.

■ E. ANNEXES

1. Principes de bionettoyage

Définition : technique permettant d'assurer le nettoyage (élimination des salissures de l'environnement) et la décontamination des surfaces inertes (élimination, inhibition temporaire des micro-organismes présents sur ces surfaces inertes).

a) Étapes

- Assurer l'évacuation des déchets domestiques et des déchets de soins dans des sacs étanches et fermés.
- Assurer un nettoyage et une désinfection des locaux.

b) Principes

- Utiliser de préférence des produits détergents –désinfectants.
- Utiliser des produits (ou méthodes) répondant aux normes AFNOR en vigueur (72.101).
- Classifier les locaux par niveaux de risque infectieux :
 - Faible risque : entrée, hall d'accueil, cage d'escalier
 - Moyen risque : couloir de circulation, bureaux, salle de rééducation, d'ergothérapie
 - Haut risque :
 - en raison de l'activité de soins à risque de contamination,
 - pièces propres (stockage de matériel propre, linge propre),
 - local sanitaire, toilettes (risque de dissémination),
 - pièces sales (traitement du matériel, lingerie sale, stockage des déchets).

c) Méthode

- Aérer les locaux.
- Respecter toujours la règle du plus proche du patient au plus éloigné et du plus propre vers le plus sale, et du haut vers le bas.
- Bionettoyage effectué en fin de journée : attention particulière à toutes les surfaces touchées par les mains (poignées, interrupteurs, accoudoirs, cendriers, téléphone, adaptables....).
- Nettoyage quotidien des sanitaires
- Entretien des sols :
 - Dépoussiérage par balayage humide
 - Solution nettoiyante-désinfectante
 - Pour les moquettes : assurer un nettoyage périodique à fond (appareil à extraction avec produits anti-acariens et bactéricide).

2. Le lavage des mains

a) Règles de base

- A un point d'eau disposant de distributeur d'essuie-mains à usage unique et d'une poubelle (ouverture à pédales).
- Eviter le port de bijoux.
- Eviter le vernis à ongles.
- Importance d'avoir des ongles propres.

b) Technique du lavage de mains

- (1) *Se mouiller les mains et les poignets.*
- (2) *Appliquer une dose de savon.*
- (3) *Masser chaque main régulièrement, insister sur les espaces interdigitaux et le pourtour des ongles.*
- (4) *Rincer abondamment, paumes dirigées vers le haut.*
- (5) *Sécher par TAMPONNEMENT avec un essuie-main à usage unique.*
- (6) *Fermer le robinet (si non automatique) avec le dernier essuie-main.*
- (7) *Jeter l'essuie-main dans la poubelle SANS la TOUCHER.*

c) Types de lavage de mains

- (1) *Lavage simple des mains*
 - utilisation d'un savon doux
 - durée préconisée : 30 secondes
- (2) *Lavage antiseptique des mains*
 - utilisation d'un savon antiseptique répondant aux normes européennes
 - durée préconisée : 1 minute

Le lavage des mains par friction avec une solution hydro-alcoolique répondant aux normes européennes est une alternative au lavage simple des mains. **Cependant un lavage au poste de lavage de mains doit être assuré toutes les cinq utilisations de la solution hydro-alcoolique.**

Les solutions hydro-alcooliques (SHA) ne peuvent être utilisées que sur des mains non souillées et sèches. Il est IMPERATIF DE RESPECTER le temps de CONTACT préconisé par le fabricant.

En l'absence de savon antiseptique, on peut utiliser l'alternative lavage de type I (ou lavage simple) **PLUS** SHA.

Les SHA peuvent s'utiliser entre deux soins chez un même malade, entre deux soins propres chez deux malades différents, après contact avec un patient.

3. Procédure de décontamination du matériel

a) Produit

Utilisation d'un nettoyant-décontaminant dilué selon les indications du fournisseur.

b) Procédure

- (1) *Mettre des gants*
- (2) *Plonger le matériel directement*
- (3) *Laisser tremper 15 minutes*

(4) Si salissures : compléter par une nettoyage par brossage dans le produit sans oublier de prévoir de désinfecter la brosse

(5) Rincer abondamment

(6) Sécher

(7) Prévoir le renouvellement de la solution une fois par semaine

(8) Prévoir le nettoyage des bacs au moment du changement de produit

- détergent sur les parois (scotch-brite, lavette)
- Décontamination avec une lavette imprégnée d'eau de Javel à 9,6° chlorimétrique
- 15 minutes d'attente
- rinçage

II. SECURITE

■ A. INTRODUCTION

Les patients bénéficiant de soins de MPR étant des personnes vulnérables de par leurs conditions physiques, les normes de sécurité doivent être optimisées.

Il est nécessaire d'adapter les conditions de sécurité en fonction des modules d'activité professionnelle du médecin de médecine physique.

■ B. OBJECTIFS

Les objectifs sont :

- Assurer la sécurité des patients et du personnel présents dans les locaux ainsi que l'intégrité des locaux et des installations.
- Assurer la protection contre les radiations ionisantes des patients et des personnels.

■ C. MOYENS

Pour répondre à ces objectifs, les recommandations de moyens sont ci-dessous présentées en quatre thèmes :

- La sécurité des locaux
- Les conditions générales de sécurité des patients
- Le cas particulier de la rééducation en piscine
- La radioprotection

1. Sécurité des locaux

a) Lutte contre l'incendie, les accidents électriques, les accidents liés aux gaz et à l'eau

Les cabinets libéraux de MPR appartiennent aux établissements recevant du public et doivent respecter la législation existante. La législation du code du travail (L.231-1, R. 232-12-17) oblige la présence d'un extincteur en nombre suffisant et en bon état d'entretien : "il y a au moins un extincteur portatif à eau pulvérisée de 6 litres au minimum par 200 m² de plancher avec un minimum d'un appareil par niveau"

Il est **souhaitable** d'obtenir l'audit des sociétés conseils de sécurité en ce qui concerne les installations électriques, la prévention des accidents liés aux gaz et dégâts des eaux. Une traçabilité de la maintenance des locaux et des différentes installations est **souhaitable**.

Dans les structures importantes, un plan d'évacuation doit être formalisé.

b) Circulation

Il est **nécessaire** d'assurer une bonne matérialisation des obstacles et des moyens de secours (issues, extincteurs), en fonction des réglementations et des modes du fonctionnement.

Il est **souhaitable** d'avoir des surfaces antidérapantes.

2. Conditions générales de sécurité du patient

Il est **indispensable** d'avoir du matériel de premiers secours et des médicaments d'urgence, ainsi que d'en assurer la maintenance.

3. Cas particulier de la rééducation en piscine

Pour tout acte de rééducation en piscine il est **indispensable** d'assurer la sécurité par la présence physique permanente d'une personne soignante.

4. Radioprotection

a) Au niveau des équipements de radiologie

Les normes de la législation française et européenne doivent être respectées : fiche d'identification du générateur et rapport de contrôle de l'installation par un organisme désigné par L'ORPI, déclaration à la DDASS.

Il est **obligatoire** de posséder l'agrément de la DDASS.

La spécificité de l'activité de MPR nécessite des adaptations des locaux permettant l'accès facile et en sécurité aux différents appareils d'imagerie.

b) Au niveau de la formation en radioprotection des personnels de santé

Il faut appliquer les textes sur la formation en radioprotection des personnels de santé (1, 2, 3,4).

Norme : Dans chaque cabinet pratiquant des actes de radiologie, doit exister une personne formée en radioprotection

c) Au niveau de la radioprotection des personnels de santé

La dosimétrie opérationnelle est applicable à tous les travailleurs en zone contrôlée, y compris aux personnels médicaux (transposition de la Directive 90/641 Euratom) (5).

d) Au niveau de la protection des patients

Il est **souhaitable** dans les nouvelles installations de prévoir le calcul de la dose reçue par le patient, en sachant que la limite de dose efficace préconisée pour le public est de 1 mSv/an (6)

Il est **souhaitable** de prévoir une protection gonadique chez les patients de moins de 15 ans.

Il est **obligatoire** d'informer que l'accès aux salles de radiologie est interdit à toute femme susceptible d'être enceinte.

e) Déchets chimiques

La gestion des déchets chimiques est régie par l'arrêté du 23/01/97 (JO 17/04/97) et

les normes européennes avec le décret du 11/03/96. Il y a **obligation** de rejets contrôlés quand le débit de films argentiques est > 5000 m² par an.

La norme est le respect du décret.

L'utilisation de la numérisation permet de diminuer l'utilisation des films et donc contribue au respect de l'environnement.

Il est **indispensable** d'avoir des procédures écrites assurant la maintenance des différents appareils.

■ D. BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n° 75-936 du 13 octobre 1975 et Arrêté du 23 avril 1969 (Norme NF C-15-161 relative au local de radiologie).
2. Décret n° 86-1103 du 2 octobre 1986 relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants
3. Arrêté du 25 novembre 1987 relatif à l'application du décret 86-1103
4. Directive 97/43/Euratom du 30 juin 1997
5. Lettre de l'Office de protection contre les radiations ionisantes du 15/12/2000
6. Décret 98- 1185 et 98-1186 du 24 décembre 1998 et leurs arrêtés du 23 mars 1999
7. Décret 2001-215 du 8 mars 2001 modifiant le décret n°66-450 du 20 juin 1966
8. Arrêté du 23 janvier 1997 (paru au JO du 17/04/97) sur la gestion des déchets chimiques et décret du 11 mars 1996 sur l'application des normes européennes.

■ E. ANNEXE

Les facteurs d'affectation des lieux et leur équivalence en Plomb sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Radio	Paroi latérale	Plafond	Plancher
<i>LOCAUX placés sous la surveillance exclusive de l'utilisateur responsable</i>			
Déshabilleur et sas	0.5 mm	0.2 mm	0.2 mm
Salles de travail et de séjour du personnel directement affecté à des travaux sous rayonnement, corridors, dégagements escaliers, ascenseurs toilettes (non ouvrant uniquement sur la salle) et tous lieux analogiques à occupation transitoire, cours jardin	1	0.2	1.5
Salle de travail et de séjour du personnel non directement affectées à des travaux sous rayonnement. Salles d'attente	1.5	0.5	2
<i>LOCAUX non placés sous la surveillance exclusive de l'utilisateur responsable</i>			
Lieux de passage sans stationnement de personnes (voies publiques, etc.), lieux matériellement inaccessibles pendant l'irradiation	1	0.2	0.5
<i>Tous les autres lieux</i>	2	1	2.5

“Recueil, Traitement et Circulation de l’Information”

I. “ RECUEIL, TRAITEMENT ET CIRCULATION DE L’INFORMATION ”	47
■ A. INTRODUCTION	47
■ B. OBJECTIFS	47
1. Respecter le droit	47
2. Améliorer le suivi du patient en MPR	48
3. Impliquer le patient dans sa prise en charge	48
■ C. MOYENS	49
1. Les informations relatives au cadre d’exercice du praticien	49
2. La gestion des données relatives à la santé du patient	50
■ D. BIBLIOGRAPHIE	53
1. Textes officiels	53
2. Autres références	53
■ E. ANNEXE	54

■ A. INTRODUCTION

Aujourd'hui les données d'information relatives à une « personne malade » ont un cadre légal. Au-delà de l'aspect réglementaire, ces données doivent permettre d'assurer une prise en charge de qualité et un suivi de l'évolution de la pathologie et des résultats du plan de soins dans la perspective de son adaptation. Cela est particulièrement vrai lorsque la personne malade est une personne handicapée.

Si le recueil, le traitement et la circulation de l'information en matière de santé, et particulièrement celle qui touche à la personne handicapée, suivent des règles juridiques et déontologiques auxquelles ne saurait déroger le praticien, il n'existe cependant pas en la matière de "recettes miracles" quant aux moyens à mettre en œuvre.

Ainsi, après avoir fixé les objectifs qui doivent présider à la gestion de l'information, il est proposé d'établir un cadre concernant les moyens qui doivent permettre d'accéder à une bonne gestion de cette information.

■ B. OBJECTIFS

Pour des raisons juridiques et déontologiques, trois **objectifs principaux** doivent guider l'action du praticien dans sa gestion de l'information :

- Respecter le droit en matière d'information
- Améliorer le suivi du patient
- Impliquer le patient dans sa prise en charge

1. Respecter le droit

Les règles habituelles de sécurité de l'information doivent s'appliquer aux données de santé. Cela revient à répondre à 3 obligations : conserver la mémoire, sécuriser l'information et respecter les règles de confidentialité.

Les textes relatifs à ces obligations sont :

- La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- La loi N° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Le décret N°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

Même si les textes actuels n'obligent pas explicitement à la tenue d'un véritable dossier médical, nous pensons **indispensable** que le praticien tienne un dossier médical dont la structure et le contenu sont décrits dans l'article 1111-7 du code de la santé publique et le décret d'application 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles.

Bien qu'il n'existe pas de règle spécifique pour cela, il est fortement **recommandé** de structurer le recueil et le stockage des données pour en faciliter l'exploitation et l'analyse. Cette structuration doit également permettre une extraction de données pour une analyse individuelle ou collective.

2. Améliorer le suivi du patient en MPR

Les évaluations de la douleur, de la spasticité, de l'incontinence, des troubles de l'équilibre et de la locomotion, des déformations du rachis (cyphoses et scolioses), des amputés, des déficiences neuro-orthopédiques, des troubles cognitifs, de la main traumatique, faites par un médecin de MPR ont en commun, au-delà de l'évaluation proprement dite, la préoccupation de *mettre en œuvre un véritable plan de soins*.

Cela se concrétise à travers la réalisation de l'acte "bilan et plan de soins en MPR" qui comporte en lui-même des indicateurs simples, fiables et reproductibles. Ces indicateurs permettent :

- D'identifier les déficiences et les incapacités avec évaluation des capacités résiduelles et des facteurs pronostiques.
- De reconnaître les facteurs environnementaux et contextuels constitutifs des situations de handicap, pouvant générer un besoin d'aide à eux seuls ou étant de véritables obstacles aux aides apportées : prévention du risque, éducation des patients, accessibilité, aides aux aidants.
- D'étudier la pertinence des objectifs de soins en relation avec le projet de vie du patient.
- De constituer un dossier à pièces multiples (lettre, certificats, prescriptions, etc.) et d'origine multi-professionnelle (ensemble des acteurs de la rééducation, correspondants médicaux, etc.)
- D'évaluer de façon répétée l'évolution dans le temps en vue de la révision des objectifs et de la conduite pratique.

L'utilisation de l'acte bilan et plan de soins en MPR rend possible la prise en compte :

- D'un temps de traitement secondaire des données qui ont été recueillies en présence du patient : analyse à froid du dossier, discussions interdisciplinaires, rédaction d'un compte-rendu de synthèse.
- D'une analyse du poids respectif de chacun des éléments de la perte fonctionnelle médicale, sociale, familiale, afin de les hiérarchiser en vue d'établir un plan de soins personnalisé en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé et travailleurs sociaux.

Il est hautement **recommandé** au praticien spécialiste de MPR de mettre en œuvre dans sa pratique, autant que cela est possible, les éléments de l'acte bilan et plan de soins en MPR pour lequel il a été formé et pour lequel il dispose d'une expertise et d'un savoir-faire. Le système d'information mis en œuvre doit permettre une exploitation des données de type analyse d'activité ou épidémiologique, dans la perspective d'une auto-évaluation du praticien et d'une évaluation des pratiques professionnelles de la spécialité.

3. Impliquer le patient dans sa prise en charge

Il est hautement **souhaitable** d'impliquer le patient dans le recueil des données qui le concernent, par exemple par la tenue d'un carnet de suivi, de fiches techniques d'évolution, d'auto-observation, grilles d'évaluation, etc.

La mise à disposition du patient d'un document de synthèse permet à celui-ci de nourrir sa réflexion et de le valider, mais également de le discuter afin que les décalages éventuels entre ses attentes et ce qui est possible ou prescrit puissent être pris en compte.

Ces objectifs principaux nécessitent d'être complétés par les **objectifs opérationnels** suivants :

- Recueillir et stocker les données.
- Exploiter et analyser dans un but statistique.
- Communiquer et échanger.

Ces objectifs opérationnels se retrouvent dans les moyens à mettre en œuvre. Ils concernent l'ensemble des données relatives à la santé du patient et à l'organisation de sa prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

■ C. MOYENS

1. Les informations relatives au cadre d'exercice du praticien

a) L'information donnée au patient - assuré social

Le patient doit être informé dans un mode de communication adapté à ses déficiences :

- En tant qu'assuré social (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, art. 1111-3 du code de santé publique) : tarifs du praticien, secteur conventionnel d'activité, coûts et conditions de prise en charge des actes, etc.
- Sur les moyens d'accès du cabinet : localisation, moyens de transport et accessibilité, stationnement, heures de rendez-vous, heures de présence, etc.
- Sur la qualification et les compétences du praticien.
- Sur les ressources associatives et institutionnelles d'accompagnement social ou médico-social.
- Sur les spécificités de la MPR : approche globale, coordination multi-disciplinaire, etc.

Affichage au minimum écrit des mentions légales obligatoires :

	Plaque	Salle d'attente	Accueil secrétariat	Bureau du Médecin
Secteur conventionnel.....	Recommandé.....	Obligatoire.....	Recommandé.....	Facultatif
Tarifs et valeur acte moyen	Interdit.....	Obligatoire.....	Recommandé.....	Facultatif
N° téléphone urgences et Centre 15.....	Recommandé.....	Obligatoire.....	Recommandé.....	Facultatif
Mention C. N. I. L.*	Sans objet.....	Obligatoire.....	Recommandé.....	Facultatif
Enquêtes épidémiologiques en cours**.....	Sans objet.....	Obligatoire.....	Recommandé.....	Facultatif
A.G.A.	Sans objet.....	Obligatoire.....	Recommandé.....	Facultatif
Horaires des personnels	Sans objet.....	Facultatif.....	Obligatoire.....	Sans objet

*CNIL : Commission nationale informatique et libertés.

**Information sur les enquêtes épidémiologiques menées par le praticien et faisant appel aux données nominatives recueillies dans les dossiers médicaux.

- Quel que soit le support, il appartient aux praticiens de respecter l'obligation d'information du patient sur les coûts des actes effectués ou prescrits avant leur exécution (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

b) L'environnement médico-technique du praticien

(1) Avant la prise de rendez-vous

- Pages jaunes[®] : Nom, numéro de téléphone, fax, adresse
- Site Web : Nom, numéro de téléphone, fax, adresse, Email, qualification, plan d'accès, parking, renseignements pratiques divers, etc.

(2) À la prise de rendez-vous

Qu'elle soit orale, écrite ou informatique.

Le praticien doit pouvoir répondre au questionnement du patient sur les points suivants :

- Nom, numéro de téléphone, fax, adresse, Email,
- Plan d'accès, parking, renseignements pratiques divers...
- Qualification, compétences
- Secteur conventionnel
- Tarifs et coûts des actes envisagés
- Organisation pratique du rendez-vous

(3) À l'arrivée au cabinet

- Informations complémentaires sur la plaque
- Accessibilité et signalétique
- Accueil secrétariat
- Salle d'attente

(4) Dans le bureau du praticien

- Ordonnances, papiers à en-tête
- Environnement associatif adapté au cas du patient

c) Les informations relatives à l'exercice de la spécialité

Où	Comment	Quoi
<i>Site Web</i>	Multi-média	Selon les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins
<i>Salle d'attente Secrétariat</i>	Affichage et dépliants Eventuellement : messages sonores	Présentation de la spécialité de MPR à l'aide de documents grand public
<i>Bureau du praticien</i>	Communication orale avec supports papier ou multi-média	Information sur la spécialité et la pratique en réponse à la demande du patient, dans le respect des règles déontologiques

2. La gestion des données relatives à la santé du patient

a) Communiquer et échanger

Il est fortement **recommandé** de communiquer aux autres professionnels de santé du réseau de correspondants multidisciplinaires ses coordonnées (nom, prénom, adresse, n° téléphone, Email, fax,...), les heures de consultations et des informations significatives sur la spécialité de MPR et ses orientations spécifiques.

Ces échanges ne peuvent s'envisager avec les autres professionnels de santé que dans le respect du secret professionnel (loi 2002-303 du 4 mars 2002 et code de déontologie), et en conformité avec les textes réglementaires et les recommandations en usage en matière de sécurité de l'information comme déjà cités précédemment.

Ces échanges impliquent de la part du spécialiste de MPR un effort de pédagogie et un souci de coordination nécessitant l'usage d'un langage accessible aux multiples interlocuteurs et correspondants, notamment sous la forme d'un document de synthèse.

La mise en œuvre de l'acte bilan et plan de soins en MPR permet la coordination du réseau des différents acteurs de la rééducation : kinésithérapeutes, infirmières, appareilleurs, ergothérapeutes (des associations par ex. APF ou AFM), médecins généralistes, médecins du travail, autres médecins spécialistes, etc. ; avec en arrière plan, l'animation d'un réseau actif (contacts téléphoniques, réunions de formation, documents pédagogiques et autres moyens de communication).

L'information au patient s'inscrit dans le cadre de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et du code de déontologie, en tenant compte des situations particulières (majeurs sous tutelle, mineurs, etc.). Elle doit contribuer au consentement éclairé, conformément aux recommandations de l'ANAES.

La restitution à la personne du document de synthèse et la proposition du projet thérapeutique permettent de mieux éclairer une décision partagée et son consentement. Cette procédure est inscrite dans la démarche de l'acte bilan et plan de soins en MPR.

L'organisation, la formulation et l'ergonomie des moyens utilisés, concernant les données du patient, doivent faciliter l'exercice de son droit d'accès.

b) Recueillir, stocker et analyser les données

Il n'y a certainement pas lieu de proposer une maquette de dossier médical comme ont tenté de le faire d'autres professions. Cependant, il est **souhaitable** de pouvoir disposer d'un outil qui réponde aux objectifs suivants :

- Noter par écrit les informations marquantes de chaque consultation.
- Permettre une synthèse de certains éléments sous forme d'indices ou de schémas.
- Permettre une synthèse globale des informations séquentielles d'un dossier, par ex. :
 - par le recopiage des éléments importants sur une feuille de synthèse (antécédents ou histoire de la maladie...),
 - par une représentation synthétique des données chiffrées ou semi-quantitatives : tableau ou graphique.
- Permettre une exploitation statistique aisée des données stockées, que ce soit sous forme de texte ou sous forme numérique, de manière à autoriser les études de groupes ou de populations de malades.
- Accéder rapidement à des dossiers ou groupes de dossiers répondant à certains critères d'analyse, ce qui nécessite de disposer de possibilités facilitées de recherche, de classement et de filtrage des données.

Comme cela a été dit précédemment, il n'existe pas de "recettes miracles" pour disposer d'un outil permettant la gestion des données de santé du patient. Cependant et compte tenu de l'évolution des pratiques professionnelles, il est **souhaitable** que le praticien dispose d'un outil informatique.

L'acquisition de matériel et de logiciels informatiques doit être soumise à une réflexion préalable en terme d'organisation actuelle et continue et en terme de stratégie future de la gestion des données du patient.

Si le médecin se sert d'un outil informatique (logiciel de cabinet médical), il est **très souhaitable** que les fonctions répondant aux objectifs définis ci-dessus lui offrent la plus grande souplesse et la meilleure ergonomie possible, pour une utilisation rapide en situation de consultation médicale. Les traitements plus complexes doivent être réalisables de manière intuitive, sans disposer de notions avancées de programmation. Dans cette perspective, nous recommandons que l'outil choisi puisse offrir les fonctionnalités suivantes :

(1) Au niveau de la saisie des données

- Ergonomie d'utilisation de l'outil : dictée vocale, scanner, aide à la saisie clavier, aide au codage, aides à la rédaction de documents types, etc.
- Ergonomie de maintenance du dossier : capacité à faciliter la synthèse des données antérieures, possibilité de listes historiques simplifiées (événements importants), multi-fenêtrage, etc.

(2) Au niveau de l'exploitation

(a) Instantanée

- Editions personnalisées de documents d'information pour l'élaboration du plan de soins et la mise à disposition du patient d'un document de synthèse dans le cadre de l'acte bilan et plan de soins en MPR. Cette méthode permet au patient de nourrir sa réflexion et de valider le plan de soins en pleine connaissance de cause.
- Possibilité de calculs automatiques de certains indices, accès immédiat à des données de synthèse (sous forme de résumés, tableaux, graphiques, etc.)

(b) Longitudinale

- Comparaison dans le temps des données, affichage de courbes d'évolution de certains paramètres.
- Gestion prévisionnelle des reconvoctions.
- Pour des groupes de patients, outil statistique simple permettant des opérations automatiques de type sélections et classements de groupes de patients et/ou de prises en charge.
- Dénombrements, fréquences, moyennes, dans une optique d'analyse d'activité ou d'étude "épidémiologique", facilement transposables sous forme graphique.

(3) Au niveau de la transmission de données

- Intégration automatisable de données dans des documents imprimables sur papier ou transmissibles via Internet.
- Possibilité d'éditations et/ou d'envois automatiques de documents ou résultats d'actes diagnostiques ou thérapeutiques à l'ensemble des acteurs prenant en charge le patient et nécessaires à sa prise en charge et à la coordination des soins.
- Interopérabilité des logiciels du praticien et des réseaux auxquels il adhère.

(4) En matière de sécurité et de confidentialité

L'outil et son utilisation doivent permettre la gestion des autorisations du patient pour la transmission de données (cf. loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, et loi N° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Les procédures de sauvegarde, modification et suppression des données mises en place seront respectées.

Le matériel devra bénéficier d'un entretien régulier et d'une sécurisation physique (vol, incendie, dégâts et détériorations divers) et logique (codes d'accès, intrusion, antivirus).

■ D. BIBLIOGRAPHIE

1. Textes officiels

- Code de la santé publique : articles 1111-3, 1111-7
- Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Loi N° 79-18 du 3 janvier 1979 sur les archives.
- Loi N° 91-646 du 10 juillet 1991 relative au secret des correspondances émises par télécommunication.
- Décret N° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés.
- Loi N° 94-548 du 1er juillet 1994 relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.
- Décret N°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- Circulaire DH/PMSI N° 251 du 3 avril 1997 relative à la mise en place dans les établissements de santé ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS). Journal Officiel 1997 ; 97/16 ; 111-24
- Décret N° 99-919 du 27 octobre 1999 relatif au traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et activités de soins et de prévention.
- Loi N° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret d'application 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles.

2. Autres références

- Conseil National de l'Ordre des Médecins.- Informations dans la salle d'attente du médecin.- Paris : CNOM 5/6 octobre 2000.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins.- Information et formation du patient. Rapport de la Commission Nationale Permanente.- Paris : CNOM 6 juin 1999.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins.- La sécurité des échanges électroniques d'informations médicales nominatives entre médecins.- Paris : CNOM, avril 2001.
- Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation.- Acte/Bilan de coordination et de synthèse d'une activité de soins pluridisciplinaires en médecine physique et de réadaptation.- Paris : Syfmer, 2002.
- Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation.- La charte des unités, services et centres de Médecine Physique et de Réadaptation.- Paris : Syfmer, 1997.

- Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation.- La charte qualité en Médecine Physique et de Réadaptation.- Angers : Fedmer, 1999.
- Le dossier médical (Cahier Pratique Tissot).- Anney : Editions Tissot, mars 2000.
- Goldberg (M.), Bréart (G.), Ducrot (H.), Dusserre (L.), Letourny (A.), Morel (B.).- Le médecin et son ordinateur. L'informatique au cabinet médical.- Paris : Editions Frison-Roche, 1994.
- Dusserre (L.), Ducrot (H.), Allaërt (F.A.).- L'information médicale, l'ordinateur et la loi. Paris : Editions Médicales Internationales, 1999 (2ème édition).
- Dusehu (E.).- Un enjeu de transparence : le dossier médical.- Bulletin de l'ordre des médecins, mars 2002, pp 8-11.
- Agence Nationale pour le Développement et l'Evaluation Médicale.- La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations.- Paris : ANDEM, 1996.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.- Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers à domicile.- Paris : ANAES, 1997.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.- Le dossier du patient en odontologie.- Paris : ANAES, 2000.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.- Le dossier du patient en massokinésithérapie.- Paris : ANAES, 2000.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.- Information des patients : recommandations données aux médecins.- Paris : ANAES, 2000.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.- Le dossier du patient en ergothérapie.- Paris : ANAES, 2001.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.- Le dossier du patient en pédicurie-podologie.- Paris : ANAES, 2001.

■ E. ANNEXE

Mention AGA : “Membre d'une association de gestion agréée, les règlements par chèques sont acceptés.”

Mention CNIL : “**Droit d'accès et de rectification des données nominatives.** En raison du traitement automatisé des informations les concernant, les personnes sont informées de leur droit d'accès et de rectification à ces informations conformément aux articles 35 à 40 de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.”

“Prise en Charge du Patient”

I. LA PRISE EN CHARGE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION	57
A. INTRODUCTION	57
B. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE	57
1. Une approche centrée sur les besoins du patient dans sa globalité	57
2. Une démarche diagnostique et thérapeutique rigoureuse	57
C. CRITÈRES DE DEFINITION DES MOYENS.....	57
II. MODULE EXPLORATIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	59
A. IMAGERIE OSTEO-ARTICULAIRE	59
1. Radiologie.....	59
2. Echographie	60
3. Réseau de transmission d'images.....	60
4. IRM dédiée à l'appareil locomoteur	61
5. Densitométrie	61
B. EVALUATION DE LA FORCE MUSCULAIRE	61
C. MESURE DE PRESSION DES LOGES MUSCULAIRES	61
D. ANALYSE DE LA POSTURE ET DE L'EQUILIBRE	61
E. ANALYSE DU MOUVEMENT	61
1. Analyse bidimensionnelle de la marche	61
2. Rachimétrie	62
3. Analyse tridimensionnelle du mouvement	62
III. MODULE EXPLORATIONS DU SYSTÈME NERVEUX	62
A. ELECTROPHYSIOLOGIE	62
1. Electromyographie.....	62
2. Potentiels évoqués	63
B. EXPLORATION NEUROPSYCHOLOGIQUE	63
1. Exploration neuropsychologique de l'adulte.....	63
2. Exploration neuropsychologique de l'enfant.....	63



IV. MODULE RÉÉDUCATION NEUROLOGIQUE ET DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	3
A. INTRODUCTION	3
B. OBJECTIFS ET CRITÈRES SPÉCIFIQUES	3
C. MOYENS	3
1. Rééducation en salle	3
2. Balnéothérapie	3
D. BIBLIOGRAPHIE	3
V. MODULE EXPLORATIONS ET REEDUCATION PELVISPHINCTERIENNES ET GENITOSEXUELLES	66
A. INTRODUCTION	66
B. OBJECTIFS ET CRITÈRES SPÉCIFIQUES	66
C. MOYENS	67
1. Environnement général	67
2. Moyens techniques	67
3. Moyens humains	68
D. BIBLIOGRAPHIE	68
E. ANNEXE	69
VI. MODULE EXPLORATIONS ET RÉÉDUCATION CARDIOVASCULAIRE ET RESPIRATOIRE	69
A. INTRODUCTION	69
B. OBJECTIFS ET CRITÈRES SPÉCIFIQUES	70
C. MOYENS	71
1. Moyens techniques	71
2. Moyens humains	72
VII. MODULE APPAREILLAGE	73
A. INTRODUCTION	73
B. OBJECTIFS ET CRITÈRES SPÉCIFIQUES	73
C. MOYENS	74
1. Moyens techniques	74
2. Moyens humains	75
D. BIBLIOGRAPHIE	75
1. Textes officiels	75
2. Autres références	76
VIII. MODULE READAPTATION	76
A. INTRODUCTION	76
B. OBJECTIFS ET CRITÈRES SPÉCIFIQUES	77
C. MOYENS	77
1. Moyens humains	77
2. Moyens matériels	78

I. LA PRISE EN CHARGE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

■ A. INTRODUCTION

A la diversité des champs d'intervention de la MPR répond la diversité des modes d'exercice des praticiens de cette spécialité.

Pour tenir compte de cette diversité, les moyens nécessaires à la prise en charge des patients sont regroupés ici dans sept **modules**. Ils reflètent la déclinaison des activités diverses des cabinets médicaux libéraux de MPR, telle qu'elle a été constatée par l'audit réalisé par le Syfiner en 1996.

Ces modules sont les suivants :

- Explorations de l'appareil locomoteur
- Explorations du système nerveux
- Rééducation neurologique et de l'appareil locomoteur
- Explorations et rééducation pelvi-sphinctériennes et génito-sexuelles
- Explorations et rééducation cardio-vasculaire et respiratoire
- Appareillage
- Réadaptation

Chacun de ces modules renvoie à des objectifs spécifiques et nécessite des moyens adaptés.

Cependant quel que soit le module, il y a des objectifs généraux et des critères de choix des moyens qui sont des éléments communs à la démarche de prise en charge en MPR. Ce chapitre reste ouvert à l'introduction de techniques nouvelles.

■ B. OBJECTIFS GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE

1. Une approche centrée sur les besoins du patient dans sa globalité

La prise en charge du patient recouvre le travail spécifiquement médical, avec ce qui fait la particularité de la médecine physique et de réadaptation : une approche du patient dans sa globalité. Cela signifie la prise en compte de tous les aspects de la santé, y compris la dimension sociale qui est abordée en tenant compte de la situation du patient et de son adaptation.

2. Une démarche diagnostique et thérapeutique rigoureuse

- La demande exprimée directement par le patient est le premier temps, essentiel. Elle doit être recueillie et analysée. Une attention particulière sera portée à l'avis du médecin adresseur, qui a déjà vu le patient et l'envoie au spécialiste de MPR avec une première analyse. Un contact téléphonique direct est recommandé en cas de situation particulière.
- **La démarche diagnostique (bilan de MPR)** est l'évaluation complète de l'état du patient, aussi objective que possible, méthodique et rigoureuse. Elle passe par l'examen clinique, d'éventuelles explorations paracliniques, et comporte l'utilisation d'outils spécifiques à la MPR, qu'il s'agisse de techniques de mesure ou d'échelles d'évaluation.

- Quel que soit l'examen réalisé ou la technique utilisée, le patient sera informé de l'objectif de l'acte, des renseignements qu'en attend le praticien, du déroulement de l'examen, des techniques utilisées, de leurs risques éventuels ; le consentement du patient est requis, ce qui peut nécessiter une consultation préalable.
- Tout examen fait l'objet d'un compte-rendu écrit. Il comporte l'énoncé des résultats, une interprétation de ceux-ci, une conclusion et éventuellement une orientation diagnostique et thérapeutique, si le praticien effecteur est en même temps le thérapeute.
- **La proposition thérapeutique (plan de soins)** est la réponse à la demande du patient en fonction de l'ensemble de ses besoins, et concerne aussi bien le patient lui-même que son environnement. Elle est expliquée au patient dans ses détails, avec les bénéfices attendus et les risques éventuels. Le consentement du patient est requis.
- La mise en œuvre de la thérapeutique proposée est réalisée par le praticien directement, ou bien déléguée sur prescription détaillée à des auxiliaires. Dans ce cas, le médecin de MPR coordonne les interventions de chacun et reste le maître d'ouvrage jusqu'au terme du traitement. Le résultat en est évalué. Ce n'est qu'alors que prend fin la prise en charge. En accord avec le patient, une collaboration peut être établie avec le médecin traitant pour la mise en œuvre du plan de soins.

■ C. CRITERES DE DEFINITION DES MOYENS

Les critères communs de choix dans la définition des moyens de la prise en charge sont liés d'une part aux recommandations faites dans les trois chapitres précédents et d'autre part aux besoins du praticien en cabinet de MPR.

Ainsi, les moyens décrits dans les modules s'appuient sur les critères suivants :

a) Les besoins du patient

- Le besoin d'être accueilli, informé, rassuré, mis en confiance.
- Le respect de la confidentialité et de l'intimité ; l'offre d'un bon confort physique et psychologique (conditions thermiques, conditions d'installation du patient) pendant ou entre deux examens.
- Le respect des règles d'hygiène, en particulier avec le choix de matériel à usage unique chaque fois que cela est possible.
- Le respect des règlements et des normes concernant les installations (appareils et locaux). Dans ce domaine où l'offre des fabricants est abondante, il importe de choisir des techniques et des protocoles validés.
- L'isolation phonique et la sécurité technique (proximité eau-électricité, matériels rotatifs etc.)
- L'accessibilité des locaux et des équipements.
- La prise en compte de situations particulières chez des patients qui sont quelquefois perturbés par leur pathologie. L'importance de l'installation pour les examens ou actes techniques de personnes souvent handicapées

Les besoins de la pratique de MPR

- Avoir la liberté d'organiser de manière optimale, en un ou plusieurs temps le diagnostic et le traitement du patient, selon la situation rencontrée : degré d'urgence, éloignement du patient, contraintes pratiques dans la réalisation des actes.
- Disposer au moment de l'acte médical des données nécessaires à la prise de décision thérapeutique, au choix des techniques, à la réalisation de certains actes.

- Choisir librement la solution technique la plus adaptée dans une gamme aussi large que possible.
- Pouvoir répéter des examens, dans les mêmes conditions, pour des comparaisons rigoureuses, utiles pour le suivi des pathologies chroniques.
- Pouvoir utiliser des techniques à des fins d'expertise médico-légales, pour les examens non invasifs.

II. MODULE EXPLORATIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Ce module comprend :

- L'imagerie ostéo-articulaire
- L'évaluation de la force musculaire
- La mesure de pression des loges musculaires
- L'analyse de la posture et de l'équilibre
- L'analyse du mouvement

■ A. IMAGERIE OSTEO-ARTICULAIRE

Le module imagerie concerne toutes les techniques d'exploration morphologique, incluant :

- La radiologie conventionnelle.
- L'échographie.
- Les réseaux de transmission d'images numérisées.
- L'IRM dédiée à l'appareil locomoteur
- L'ostéodensitométrie

1. Radiologie

Le choix du groupe de travail est de renvoyer aux textes réglementaires qui sont très précis et ne laissent guère de marge.

La numérisation des images paraît hautement souhaitable (voir ci-dessous le §3 concernant la transmission d'images).

a) Dimensions du local d'imagerie

Respect de la norme NF C-15-161 relative au local de radiologie (Décret n° 75-936 du 13 octobre 1975 et Arrêté du 23 avril 1969).

Les dimensions requises pour 1 appareil utilisé dans le local sont les suivantes (avec majoration de 3 m² par appareil supplémentaire) :

- Générateur de radiodiagnostic (200mA/105kv) : 12 m², aucune dimension < 2 m
- Tomodensitométrie : 20 m², aucune dimension < 4 m
- Accès à la table de salle d'imagerie étudié permettant la mobilisation d'un brancard par 2 personnes ou siège mobile (2 roues) type ambulance si espace insuffisant (idem critères d'accessibilité au cabinet).

b) Salle laboratoire d'imagerie

Elle est contiguë à la salle de radiodiagnostic permettant l'évacuation des eaux usées et le recyclage des bains (si encore utilisés) :

- Bac évier.

- Endroit chambre noire.
- Colonne tableau électrique avec disjoncteur central sur tous appareils d'imagerie et annexes.
- Espace variable selon les types d'installations (un développement à sec # salle à développement humide – pour 30 x 90 ou 30 x 120).

c) Box de déshabillage

S'ils existent, selon l'importance des cabinets, ils sont mitoyens ou contigus à la salle de radio ; sinon le déshabillage se fait à l'intérieur de la salle de radio.

d) Matériel de la salle de radiologie

- Table fixe ou mobile.
- Potter vertical avec possibilité de bilans 30 x 90 ou 30 x 120 (statif vertical) avec distance de 2 m disponible entre plaque, patient et tube.
- Amplificateur de brillance (indispensable pour les gestes radioguidés)
- Tablier et gants plombés si imagerie dynamique interventionnelle (infiltrations sous ampli, radio avec varus forcé, etc.)
- Paravent plombé séparant l'utilisateur du patient.
- Dosimétrie.

e) Matériel d'Imagerie

- Cassettes selon segments étudiés (18 x 24, 24 x 30, 36 x 43 : deux minimum), (30 x 90 ou 30 x 120 : une minimum).
- Marqueurs d'identité sur films : appareil basique, caméra, logiciel d'identification si numérisation.
- Négatoscope (sinon dans le local de consultation).
- Local de stockage des films neufs et en chambre noire : meuble occulté à classeurs des différentes dimensions des films (5 tiroirs ou séparateurs internes) ; si numérisation : conserver chambre noire pour 30 x 90 ou 30 x 120.

f) Matériel de salle de radiologie non spécifique

- Coussins d'épaisseurs diverses, s'adaptant à la morphologie des personnes âgées (cyphoses irréductibles, pelvi-spondylites rhumatismales)
- Marche-pied large 2 marches
- Sol carrelé ou synthétique
- Chauffage pièce additionnel

2. Echographie

Indispensable : Appareil avec sondes dédiées permettant l'exploration aussi bien des tissus mous (muscles et tendons) que des articulations.

3. Réseau de transmission d'images

Indispensable : Des outils de transmission de documents numérisés.

4. IRM dédiée à l'appareil locomoteur

En raison du caractère très spécialisé de la technique, le groupe ne s'est pas prononcé sur des recommandations.

5. Densitométrie

En raison du caractère très spécialisé de la technique, le groupe ne s'est pas prononcé sur des recommandations.

■ B. EVALUATION DE LA FORCE MUSCULAIRE

L'évaluation de la force musculaire doit être faite avec des dynamomètres permettant des mesures fiables et reproductibles (mode isométrique et dynamique).

Actuellement, la méthode de référence repose sur la mesure de la force isocinétique à différentes vitesses angulaires (de 0° à plus de 500°/s) sur les différentes articulations (genou, épaule, cheville, rachis le plus souvent). Du fait d'une grande variabilité dans les mesures, de nombreuses contraintes existent pour recueillir des données précises (position,...). L'utilisation de ces machines isocinétiques a fait l'objet d'une étude technologique par l'ANAES : *“Les appareils d'isocinétisme en évaluation et en rééducation musculaire : intérêt et utilisation”* à laquelle les auteurs renvoient le lecteur (rapport ANAES février 2001).

Locaux et matériels :

- Surface de 10 à 20 m²
- Appareil d'isocinétisme avec fauteuil pour exploration des articulations périphériques et dispositif d'exploration du rachis :
Etalonnés avec ré-étalonnage et maintenance périodiques
Utilisation de la même machine et des mêmes protocoles d'examen pour un même patient

■ C. MESURE DE PRESSION DES LOGES MUSCULAIRES

Indispensable :

- Aiguille spéciale à 3 voies, usage unique, branchée sur un manomètre.
- Tapis roulant et/ou cycloergomètre pour épreuve de provocation.

■ D. ANALYSE DE LA POSTURE ET DE L'EQUILIBRE

Locaux et matériels :

- Salle de 15 à 20 m² occultable
- Plate forme de force avec unité centrale pour analyse du signal.
- Fauteuil monté sur rotule (de type F. de BARANY)
- Règle lumineuse télécommandée ou “verticale subjective”
- Stimulateur optocinétique
- Caméra vidéo-nystagmoscopique
- Cadre d'appui.
- Bureau, chaises, lavabo.

■ E. ANALYSE DU MOUVEMENT

1. Analyse bidimensionnelle de la marche

- Locomètre pour l'analyse de la marche. Nécessite un local dédié dont la plus grande dimension est au moins égale à 10 m.
- Dispositif d'analyse baropodométrique de la marche avec semelles baropodométriques incluses dans chaussures (à changer pour moins de 50 explorations).

2. Rachimétrie

- Mesures d'amplitudes segmentaires bidimensionnelles. Encombrement réduit : 1 m².

3. Analyse tridimensionnelle du mouvement

Cette analyse fait appel à un matériel très onéreux dont la mutualisation paraît souhaitable.

Locaux et matériel

- Salle de 100 m²
- Piste de marche avec 2 plates formes de force pour l'enregistrement des forces lors du passage du pas.
- Dispositif d'analyse du mouvement ; avec enregistrement vidéoscopique (plus de 3 caméras), électromyographique (plus de 10 voies).
- Unité centrale d'analyse des signaux.
- Bureau, chaises, lavabo.

Consommables

- Electrodes de surface d'électromyographie.
- Marqueurs réflecteurs de rayonnements infra-rouges.

Moyens humains

- Aide d'un technicien (installation, acte, désinstallation).

III. MODULE EXPLORATIONS DU SYSTEME NERVEUX

Ce module concerne les techniques permettant d'explorer :

- Les voies nerveuses : électrophysiologie.
- Les fonctions cognitives.

■ A. ELECTROPHYSIOLOGIE

1. Electromyographie

Indispensable : appareil permettant électrodétection et stimulodétection.

Facultatif : potentiels évoqués, détection des seuils de sensibilité thermique et vibratoire, nécessaire de détection/injection pour l'utilisation de la toxine botulique.

Locaux et matériel

- Salle de 10-15 m²
- Table d'examen à hauteur variable.
- Bureau, chaises, lavabo.
- Appareil d'exploration électromyographique et des voies sensitives, des potentiels évoqués somesthésiques.

Consommables

- Aiguilles de détections intramusculaires individuelles.
- Aiguilles intramusculaires spécifiques pour l'examen en fibre unique.
- Electrodes de surface.

Moyens humains

- Aide d'un soignant (infirmière) pour les patients lourdement handicapés.

2. Potentiels évoqués

La mesure des potentiels évoqués relève de deux types de situations :

Technique d'exploration

Elle est associée à une exploration électromyographique de l'appareil locomoteur (voir ci-dessus) ou de l'appareil pelvisphinctérien. L'appareillage est sensiblement le même que pour l'EMG (avec des matériels de moins de 10 ans).

Technique de monitoring peropératoire

Matériel

L'appareil doit pouvoir :

- Enregistrer simultanément les recueils sur au moins deux voies et effectuer des stimulations alternées droite et gauche.
- Etre équipé d'un programme de recueil et de moyennage adapté au monitoring.
- Etre résistant aux parasites électriques ; ceci impose une liaison opto-électronique au niveau du boîtier de recueil.

Consommables

Les accessoires comportent :

- Des câbles de liaison (qu'il faut renouveler assez souvent)
- Des aiguilles à usage unique pour le recueil et la stimulation

Il y a de nombreuses variantes techniques impliquant une quantité de consommables également variable.

■ B. EXPLORATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

Les conditions d'accueil doivent être adaptées aux personnes présentant une déficience cognitive.

Cette activité ne nécessite pas de moyens matériels lourds, hormis une installation informatique. La collaboration d'un(e) neuropsychologue est souhaitable.

1. Exploration neuropsychologique de l'adulte

- Salle de 15-18 m², calme.
- Bureau permettant l'accès d'un patient en fauteuil roulant.
- Chaises, lavabo.
- Ordinateur multimédia.
- Batteries de tests neuropsychologiques : efficacité intellectuelle, langage, praxies, mémoires, attention, négligence.
- Tests de personnalité.
- Tests de qualité de vie.

2. Exploration neuropsychologique de l'enfant

- Salle de 15-18 m², calme.

- Petit bureau permettant l'accès d'un patient en fauteuil roulant.
- Tapis au sol pour petit enfant.
- Chaises, lavabo.
- Ordinateur multimédia.

IV. MODULE REEDUCATION NEUROLOGIQUE ET DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

■ A. INTRODUCTION

Ce module traite de la rééducation neurologique et de l'appareil locomoteur en salle et de la balnéothérapie.

La rééducation s'adresse à de nombreuses pathologies que l'on peut regrouper sous de grands thèmes :

- Traumatologie - Orthopédie
- Pathologies inflammatoires
- Neurologie périphérique et centrale, pathologie neuro-musculaire.

Elle tient compte des localisations topographiques (main, pied, rachis, etc.) chez des patients de tous âges.

■ B. OBJECTIFS ET CRITERES SPECIFIQUES

- Le médecin de MPR a pour rôle de choisir la solution technique la mieux adaptée possible et de s'assurer, après une information aussi claire et précise que l'autorise l'état du patient, de la motivation nécessaire et suffisante de celui-ci pour obtenir les résultats attendus par la rééducation.
- Le contrôle, le suivi, et le réajustement de la prise en charge par le médecin de MPR permettent d'assurer la réalisation des objectifs.
- Le suivi administratif et la transmission des données sont organisés de façon à assurer au patient une prise en charge personnalisée et pluridisciplinaire.
- Les techniques de rééducation étant très nombreuses et variées, il est indispensable que le médecin de MPR maîtrise celles qu'il a décidé d'utiliser.

■ C. MOYENS

1. Rééducation en salle

Locaux et moyens matériels

Pièce(s) de rééducation individuelle

Le box comporte habituellement une table de rééducation, qui peut être à hauteur variable et/ou multi plan. La dimension du box sera suffisante pour laisser un accès de chaque côté de la table.

Il doit permettre la mise en œuvre individuelle des techniques rééducatives les plus courantes avec le matériel idoïne :

- physiothérapie
- mécanothérapie
- tractions

Salle de rééducation collective

La salle aura des dimensions suffisantes pour permettre le travail des patients, dans de bonnes conditions.

Elle aura habituellement un miroir quadrillé.

Elle pourra comporter, selon les choix thérapeutiques du médecin, les matériels déjà cités ci-dessus, et ceux plus spécifiquement dédiés à :

- La rééducation et la réadaptation à l'effort : ergocycle, rameur, etc.
- La rééducation ostéo-articulaire :
 - Articulaire : cage de pouliothérapie, arthromoteur, etc.
 - Musculaire : banc de musculation, machine isocinétique, etc.
- La rééducation neurologique : table de Bobath, ballon de Klein etc.
- La rééducation de l'équilibre et de la marche :
 - rééducation proprioceptive : plateau de Freeman, trampoline, etc.)
 - rééducation de la déambulation et du schéma de marche (espallier, miroir, barres parallèles, etc.)
- La rééducation sensitive et de la main (objets de nature, de formes, de tailles variées, plateau canadien, plateau d'ergothérapie, etc.)

Moyens humains

Le médecin de MPR peut être amené à réaliser lui-même les actes.

L'aide d'un soignant peut être souhaitable pour les patients lourdement handicapés.

Les professionnels de santé collaborateurs du médecin de MPR sont : masseur kinésithérapeute DE, ergothérapeute DE, psychomotricien DE, ortho-prothésiste, podortho-orthésiste.

2. Balnéothérapie

La balnéothérapie permet en particulier de faciliter le mouvement en diminuant l'action de la pesanteur.

Tout au long de sa séance le patient, quels que soient son âge et sa pathologie, doit être rassuré quant à ses soucis d'accessibilité, d'hygiène et de sécurité, de respect de son intimité et de son confort.

Box de déshabillage

- De dimensions suffisantes pour le type de population attendu.
- Les sièges doivent permettre par un matériel adapté la station assise et un déshabillage aisé.

La piscine

- Les dimensions sont réglementairement définies par la nomenclature : NGAP titre XIV.
- Les températures tant de l'air que de l'eau doivent assurer au patient un confort adapté (habituellement de l'ordre de 25° pour l'air et de 34° pour l'eau).
- Accès facile et sûr en fonction de la nature des patients accueillis, pouvant aller jusqu'aux systèmes de mise à l'eau de patients lourdement handicapés.
- Niveau d'eau bien visible.
- Matériel permettant : le travail assis, à l'aide de barres, un espace de marche...
- Jet de massage souhaitable.

- Petit matériel : palmes, pull boys, paddles, bracelets et ceintures de lestage, ballons, ceintures de soutien, poids, etc. (liste non exhaustive).

La connaissance des moyens extérieurs de premiers secours est **indispensable**.

Pour tout acte de rééducation en piscine il est indispensable d'assurer la sécurité par la présence physique permanente d'une personne soignante.

Les collaborateurs du médecin de MPR sont : masseur kinésithérapeute DE, ergothérapeute DE, psychomotricien DE.

La maintenance est un point particulièrement sensible dans le cas d'une piscine de rééducation.

■ D. BIBLIOGRAPHIE

- Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)
- Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) – document de travail publié par la CNAMTS.

V. MODULE EXPLORATIONS ET REEDUCATION PELVISPHINCTERIENNES ET GENITOSEXUELLES

■ A. INTRODUCTION

Ce module traite des techniques qui permettent le diagnostic, l'évaluation, le traitement et le suivi d'un trouble de la continence urinaire ou anale, de la miction ou de la défécation, ou d'un trouble sexuel.

Ces techniques comportent des mesures de pression, de tonus, de force, d'activité électrique, des acquisitions d'images, des tests dynamiques.

■ B. OBJECTIFS ET CRITERES SPECIFIQUES

- Réaliser les examens suivants dans les meilleures conditions d'hygiène, de confort et de sécurité
- Explorations manométriques : cystomanométrie, sphinctérométrie, rectomanométrie, couplées ou non à une électromyographie globale
- Explorations électrophysiologiques analytiques
- Débitmétrie
- Explorations morphologiques, couplées ou non aux précédentes
- Pléthysmographie
- Tests pharmacologiques, injections intracaverneuses
- Mettre en œuvre des techniques de rééducation et d'électrostimulation, biofeedback, réentraînement à l'effort.
- Prendre en charge les troubles sexuels d'origine neurologique, chirurgicale.

■ C. MOYENS

1. Environnement général

Il est important d'offrir au patient les conditions d'une attente confortable pendant les phases techniques, dont la durée peut être très variable.

L'accès à des toilettes doit pouvoir être rapide et aisé.

La circulation doit être facilitée entre l'espace de consultation et de bilan et/ou de rééducation.

2. Moyens techniques

Pour l'exploration

Locaux

- Il est **souhaitable** de disposer de WC attenants à la salle d'explorations.
- Il est **souhaitable** que les locaux soient accessibles aux personnes handicapées, y compris le lit d'examen. C'est **indispensable** si la clientèle comporte des pathologies neurologiques.
- La pièce d'examen aura une surface de 20-25 m², avec réserve attenante souhaitable
- Il est **souhaitable** de réserver un local réservé à la décontamination-désinfection.
- Isolation des parasites électriques si l'on réalise des explorations électrophysiologiques.
- Sol lavable.
- Lavabo.

Matériel

Dans la salle d'examen il convient de disposer d'un système d'évacuation des urines et d'élimination des déchets médicaux, d'un débitmètre indépendant (**facultatif**).

Le gros matériel est fonction de l'orientation clinique. Il peut comporter :

- Une chaîne informatisée de manométrie avec débitmètre, pompe de remplissage, bras de retrait, 3 voies de pression et pression différentielle, voie électromyographique.
- Un appareil d'EMG (voir -A- Electrophysiologie dans le module "Explorations du système nerveux") **facultatif**.
- Radiologie conventionnelle et échographie, couplées ou non à l'urodynamique, sont **facultatives**.
- Un pléthysmographe ambulatoire pour exploration de l'érection.
- Une table d'examen (facultativement à hauteur et orientation variables).

Consommables

Accompagnant le gros matériel :

- Un ou plusieurs microcapteurs électroniques (**facultatifs**)
- Cathéters perfusés et dômes de pression, raccords, système de pression positive à débit constant.
- Consommables pour le remplissage vésical.
- Electrodes EMG d'enregistrement ou de stimulation.
- Capteurs de pléthysmographie.
- Gants ou doigts stériles à usage unique, etc.

Pour la rééducation

Locaux

- Une pièce dédiée est **indispensable**.
- Cependant, s'il existe déjà une salle d'examen, elle peut être utilisée aussi pour la rééducation ; sinon celle-ci doit avoir les mêmes spécifications que ci-dessus.

Matériel

- C'est essentiellement un appareil de rééducation périnéale avec biofeedback et électrostimulation.

3. Moyens humains

Facultatifs :

- Une IDE pour l'exploration
- Un(e) kinésithérapeute ou sage-femme pour la rééducation.

■ D. BIBLIOGRAPHIE

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.- Recommandations pour la pratique clinique : bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.- Paris : ANAES, février 2000.
- Buzelin (J.M.).- Urodynamique du bas appareil urinaire.- Paris : Masson, 1984.
- Rééducation vésico-sphinctérienne et ano-rectale, in « Problèmes en médecine de rééducation », n° 23.- Paris : Masson, 1992.
- Villet (F), Buzelin (J.M.), Lazorthes (G.).- Les troubles de la statique pelvi-périnéale de la femme. - Paris : Vigot, 1995.

Proposition d'après le document du Pr J.Pelissier pour le calcul des ICR (Indices de Coût Relatif) du PMSI, modifié :

Salle	Description	Consommables
Salle d'exploration neurophysiologique <i>standard</i>	Salle de 18-20 m ² Table d'examen à hauteur variable. Bureau, chaises, lavabo. Appareil d'exploration électromyographique et des voies nerveuses, des potentiels évoqués somesthésiques. <i>Aide d'un soignant (infirmière) pour les patients lourdement handicapés.</i>	Electrodes-aiguilles de détection intramusculaires individuelles. Electrodes-aiguilles intramusculaires spécifiques pour l'examen en fibre unique (facultatif). Electrodes de surface.
Salle d'exploration fonctionnelle <i>spécialisée en exploration du périnée</i>	Salle de 20-25 m ² Table gynécologique à hauteur variable avec scialytique. Bureau, chaises, lavabo. Appareil d'exploration électromyographique et des voies sensibles, des potentiels évoqués somesthésiques. Electrodes stimulatrices aiguilles et bagues péripéniennes ou clitoridiennes. Manomètre intracavitaire avec sondes intrarectale et intravaginale. Chaîne d'exploration urodynamique pour cystomanométrie, profilométrie, EMG des sphincters. Siège de débitmétrie. <i>Aide d'un soignant (infirmière) pour les patients lourdement handicapés.</i>	Capteur de pression. Sondes de remplissages stériles. Voie de perfusion vésicale, prolongateur, sonde de manométrie à plusieurs voies, sonde intrarectale et intravaginale. Electrodes-aiguilles de détection intramusculaires individuelles. Electrode spécifique pour stimulation endo-rectale. Electrodes de surface. Sonde d'exploration 2 voies et 3 voies avec capteurs de pression, usage unique.

VI. MODULE EXPLORATIONS ET REEDUCATION CARDIOVASCULAIRE ET RESPIRATOIRE

■ A. INTRODUCTION

Ce module cardiovasculaire et respiratoire concerne les pathologies suivantes :

- **L'insuffisance cardiaque et coronarienne** pour laquelle doivent être bien distingués :
 - *Le stade 2* qui nécessite la présence d'un cardiologue et un environnement de réanimation. Le médecin de MPR n'intervient que ponctuellement pour aider à l'établissement de programmes de rééducation. Cet aspect *ne sera pas traité dans ce référentiel.*

- Le stade 3 et l'insuffisance cardiaque stable, où la rééducation peut être effectuée en ambulatoire.
- **La pathologie artérielle périphérique** : la plainte essentielle est liée à la diminution des capacités de marche. Une évaluation objective, avec élimination des diagnostics différentiels (claudication médullaire, problème musculaire ou orthopédique...), va s'intégrer dans une démarche commune avec les médecins vasculaires.
 - Une demande d'exploration fonctionnelle vasculaire à l'effort sera utile dans une aide à la stratégie thérapeutique.
 - Au stade d'ischémie de repos, l'adaptation du chaussage et des orthèses plantaires est primordiale.
 - En cas de nécessité d'amputation, la recherche du meilleur niveau en fonction des impératifs vasculaires et de l'appareillage futur est du rôle du médecin de MPR.
- **La pathologie veineuse et lymphatique** : appréciation des besoins physiques, adaptation des contentions et des orthèses, appréciation de la démarche de prise en charge par traitement physique du lymphoedème.
- **L'insuffisance respiratoire chronique.**

■ B. OBJECTIFS ET CRITERES SPECIFIQUES

- Réaliser dans les meilleures conditions techniques et de sécurité les actes suivants tels que définis dans la CCAM :
 - Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue.
 - Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine.
 - Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine et à la réalisation de tâches de la vie quotidienne.
 - Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine et à l'activité sportive collective.
 - Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine, à la réalisation de tâches de la vie quotidienne et à l'activité sportive.
 - Mesure de la pression transcutanée en oxygène [TcPO₂] au repos et à l'effort.
 - Séance de réentraînement à l'exercice d'un insuffisant respiratoire chronique.
 - Les explorations fonctionnelles respiratoires : se reporter au référentiel des pneumologues (Société de Pneumologie de Langue Française, 1998).
- **Prendre en compte les habitudes de vie du patient** : la mise en œuvre d'une modification du comportement physique, la prise en compte de facteurs de risques (tabac, surcharge pondérale..) nécessitent une éducation encadrée du patient avec des programmes personnalisés adaptés en fonction des critères d'évaluation. Cet élément fait partie intégrante de la prise en charge des pathologies cardiaques et vasculaires périphériques.

Quelle que soit l'organisation choisie du praticien, la priorité est donnée à la sécurité du patient. Les locaux doivent permettre une surveillance adaptée.

1. Moyens techniques

Plateau technique d'évaluation cardiaque et vasculaire

L'évaluation de l'effort cardiaque maximal ne peut être conduite que par un cardiologue.

Locaux et matériel

- Salle de 18-20m²
- Table d'examen à hauteur variable.
- Bureaux, chaises, lavabo, paravent.
- Bicyclette ergométrique à frein électromagnétique reliée à une unité centrale, avec enregistrement informatisé de l'électrocardiogramme par enregistreur multipiste et de la pression artérielle par méthode sphygmomanométrique automatisée. Mesure des échanges gazeux par pneumotachographe et spirométrie intégrée; seringue de calibration.
- Cycloergomètre à bras.
- Doppler de poche.
- Appareil de mesure de la pression transcutanée en oxygène [TcPO₂] au repos et à l'effort.
- Défibrillateur et valise de réanimation.
- Podoscope.

Consommables

- Electrodes ECG de surface.
- Embout pour VO₂ : masque souple plastique à oxygène ; embout buccal (jetable) avec capillaires à O₂ et à CO₂ (jetables), filtres pour capillaires (à changer si usure) ; pneumotachographes (jetables) ; pincettes- nez.
- Bombe de gaz de calibration (5% de CO₂ et 12% d'O₂) : 4 bombes par an pour 10 patients traités par jour.

Plateau technique d'entraînement

Il concerne les insuffisances cardiaques et coronariennes stables, les artériopathies chroniques périphériques et les insuffisances respiratoires chroniques.

La séance de réentraînement sera supervisée par un médecin de MPR.

Le plateau technique est composé d'un certain nombre d'ergomètres (bicyclettes avec affichage des puissances, tapis roulant, cyclorameur, cycloergomètre à bras, stepper...) ainsi que de matériel de gymnastique (tapis de sol, bâtons, petites haltères).

Pour la prise en charge des insuffisants cardiaques, l'équipement requis est un appareil de musculation segmentaire de type banc de Koch.

Il est souhaitable que les exercices aient lieu dans des pièces vastes et aérées et de disposer d'un parcours de marche.

Le local doit disposer d'un chariot d'urgence (se référer aux recommandations de la Société Française de Cardiologie sur le matériel de première urgence au cabinet).

Locaux et matériel

- Salle de 50 m² d'activités gymniques ventilée et climatisée : tapis de sol (1/patient), une paire de barres parallèles fixées au sol, espaliers muraux, bancs de Koch de

renforcement musculaire équipé de poulies, élingues et poids (1/5 patients). Haltères de poids variables (2 jeux de 1 à 4 kg) et digitoforces (6 paires)

- Salle de 40m² ventilée et climatisée : bicyclettes ergonométriques équipées de récepteurs ECG téléométriques (1/5 patients), tapis roulants à programmation électronique avec variation de pente et de vitesse et équipés de récepteurs de cardiofréquence (1/5 patients) ; émetteurs cardiofréquence mètres avec ceintures et montres réceptrices (1/2 patients) ; tensiomètres muraux pour chaque vélo et tapis ; steppleur à résistance hydraulique et à lecteur téléométrique de la fréquence cardiaque ; cycloergomètres à bras. Appareils de scope cardiaques avec imprimantes intégrées et transmission par téléométrie. Appareils de mesure de la saturation cutanée en oxygène. Table d'examen à hauteur variable et commande électrique. Plusieurs tensiomètres simples.
- Salle de repos des patients (15m²).
- Salle d'ergothérapie de 20 m² avec divers postes d'ateliers : menuiserie, assemblage.
- Douches et vestiaires verrouillables pour les patients.

Consommables

- Electrodes ECG de surface.

C. Moyens de communication immédiate avec les services de secours spécialisés

Les procédures écrites doivent être bien définies avec possibilité de réanimation sur place dans l'attente d'un éventuel transfert vers une unité de court séjour.

Un protocole d'accord doit être formalisé avec un service d'urgence (SAMU).

2. Moyens humains

Le médecin de MPR doit avoir une formation spécifique à la réanimation cardio-respiratoire.

Les médecins et le personnel soignant doivent être formés et entraînés aux procédures d'urgence.

Des sessions de simulation de l'urgence doivent être organisées avec périodicité et un programme de formation à la pathologie cardio-vasculaire proposée à tout nouveau membre para-médical de l'équipe.

La séance de réentraînement sera supervisée par un médecin de MPR.

La réalisation des épreuves d'effort maximal ne peut être pratiquée qu'en présence d'un cardiologue.

La prise en charge cardio-vasculaire s'inscrit dans le cadre d'une collaboration médico-technique pluridisciplinaire, des moyens matériels et humains de coordination apparaissent indispensables pour :

- **Organiser le programme de travail** de manière optimale pour le patient et les différents intervenants : programmation des rendez-vous, suivi du calendrier de réalisation des appareils et des tests.
- **Assurer une coordination administrative.** La multiplicité des procédures d'attribution et de prise en charge rend nécessaire une assistance administrative aux patients et un suivi des démarches entreprises : explications, remplissage des formulaires, contrôle de la réception des accords, médiation en cas d'erreur ou de litige...

VII. MODULE APPAREILLAGE

■ A. INTRODUCTION

La pratique des consultations d'appareillage recouvre les aspects suivants :

- Appareillage de la main et du membre supérieur.
- Appareillage des amputés du membre supérieur.
- Podologie et appareillage de marche.
- Appareillage des amputés du membre inférieur.
- Rachis enfant – Rachis adulte.
- Appareillage des polyhandicapés : posture, station assise, verticalisation et marche.
- Essais de matériels de série (fauteuils roulants électriques, fauteuils verticalisateurs, sièges évolutifs) prévus par la réglementation d'attribution du TIPS (voir références bibliographiques p. 75).

■ B. OBJECTIFS ET CRITERES SPECIFIQUES

- Le rôle du médecin de MPR est de choisir la solution technique la plus adaptée possible et de s'assurer d'une motivation nécessaire et suffisante du patient pour que l'appareillage permette d'atteindre les résultats attendus.
- Le médecin de MPR supervise et contrôle, dans le cadre d'un plan de soins personnalisés, chacune des étapes d'application de l'appareillage :
 - La prise de moulage, avec ou sans correction, les prises de mesure.
 - L'essayage avec : détermination des découpes, ajourages, adjonctions, réglages.
 - Le contrôle clinique et éventuellement radiologique à la livraison, avec renouvellement des consignes d'utilisation et de rééducation éventuellement associée.
- Le contrôle continu de la qualité du processus d'appareillage est une spécificité de la médecine physique et de réadaptation. Ces principes sont valables que le médecin de MPR réalise lui-même l'appareillage ou qu'il en sous-traite l'exécution technique dans le cadre d'une collaboration médico-technique avec un orthoprothésiste, un podoprothésiste, un ergothérapeute.
- Au delà du contrôle à la livraison, le suivi de l'appareillage est d'autant plus indispensable que l'état du patient est présumé évolutif, qu'un apprentissage peut être nécessaire ou que des difficultés d'adaptation risquent d'apparaître. En cas de difficulté il faut analyser les conditions de mise en place et de port de l'appareil, l'évolution du segment appareillé, la qualité de la rééducation associée, la motivation réelle du patient.
- Le dimensionnement des accès et des surfaces des locaux doit être adapté aux types de patients attendus (marchant, en fauteuil, sur brancard) et aux techniques employées.
- L'isolation phonique et la sécurité technique (proximité eau-électricité, matériels rotatifs, aspiration de produits éventuellement toxiques...) doivent être convenables.
- Pour assurer le confort du patient les locaux doivent permettre une attente confortable du patient pendant les phases techniques d'adaptation dont la durée peut être très variable.

1. Moyens techniques

La salle de consultation

Elle permet d'assurer le contrôle clinique et le suivi de tout appareillage, ainsi que la confection de l'Appareillage Médical d'Application Directe (AMAD).

Pour cela elle doit être pourvue :

- De l'équipement standard de tout cabinet médical.
- Des instruments de contrôle et de mesures adaptés au suivi de l'appareillage : grand négatoscope, podoscope, d'une glace murale quadrillée et de petit matériel.
- De plus pour l'AMAD on devra disposer de : matériel de chauffe dans l'eau ou à sec (leur emplacement permettra de s'assurer d'une sécurité optimale pour éviter les risques de brûlures), ciseaux, poinçonneuse, riveteuse, pistolet à air chaud et des matériaux nécessaires à la confection et au maintien confortable de l'appareil.

Ce type d'équipement s'adresse habituellement aux pathologies de type : petite traumatologie, neurologie périphérique, pathologies abarticulaires, etc.

La salle de moulage

Elle permet en plus de ce qui vient d'être décrit ci-dessus de réaliser des moulages, des appareillages plâtrés ou en résine de synthèse.

- Les locaux devront bénéficier d'un sol lavable, de murs carrelés (ou équivalents) au moins dans la zone de moulage. La salle devra être équipée du nécessaire à la réalisation des moulages, plâtrés ou en résine : plan de travail, bac-évier, table mobile, prises électriques (respectant les règles de sécurité), d'une aération évitant les sensations désagréables voire nocives pour le patient.
- L'équipement doit comporter le matériel à plâtre courant : cisailles, scie oscillante, etc., les consommables nécessaires à leur réalisation et du petit matériel de base (marteau, pince, tournevis, ciseaux). Selon l'orientation du cabinet, l'équipement peut aller jusqu'à comporter : chariot plat, cadre de suspension, cadre de traction (EDF) etc.

La conception de cette salle permet ainsi de réaliser, de suivre et de contrôler des appareils du type corset plâtré, des appareils d'immobilisation des membres etc.

L'espace d'essai, lorsqu'il est nécessaire, peut se trouver sur place ou bien dans une salle de rééducation, voire dans la partie consultation si la surface est suffisante.

L'atelier

Dans certains cabinets très spécialisés il sera possible d'envisager la réalisation, le contrôle et le suivi de tous types d'appareillage ; dans ce cas, du matériel lourd est nécessaire : étau, enclume, perceuse, scie oscillante, tour à meuler etc.

Atelier d'appareillage : tronc et grosses articulations, face

- Salle 20-25 m²
- Table de travail réglable en hauteur
- Paillasse, lavabo, bassine ; bureau, chaises

- Grands placards pour rangement des appareils
- Banc d'un mètre de long avec barres d'appui
- Barres parallèles à hauteur variable
- Petit outillage : pinces, étau, scie, clefs
- Consommables : bandes plâtrées, plaques de mousse, Jersey tubulaires
- Aide d'un orthoprothésiste (installation, acte, désinstallation)

Atelier d'appareillage : mains

- Salle 12-15 m²
- Table de travail réglable en hauteur
- Paillasse, lavabo, bassine ; bureau, chaises
- Bac chauffant à thermostat
- Machine à coudre pour fortes épaisseurs
- Canon à chaleur
- Petit outillage (pinces, riveteuse...)
- Placards et tiroirs à rangement des plaques de matériaux thermoformables et du petit matériel
- Consommables : matériaux thermoformables, tissu néoprène, plaques de silicone, plaques de mousse, velcro- jersey, petit matériel (lames-poulies-crochets, rivets, élastiques, etc.)

Il faudra alors se référer aux textes régissant l'activité des ateliers des orthoprothésistes (voir dans la bibliographie (1 d) le dossier réalisé en 1994).

2. Moyens humains

- Secrétariat pour les tâches et le suivi administratifs, particulièrement complexes en la matière.
- Selon l'orientation du cabinet il sera bon d'être entouré par : ortho-prothésistes, podo-orthésistes, ergothérapeute DE, kinésithérapeute DE, infirmière...

■ D. BIBLIOGRAPHIE

1. Textes officiels

Appareillage médical d'application directe

- Lettre circulaire du Médecin Conseil National N° 2501 85 du 5 mai 1985 portant sur les cotations à appliquer pour la fabrication d'orthèses statiques et dynamiques des mains et des doigts par les médecins traitants. Assimilations à des références du Chapitre VIII, Titre III de la Ngap visant la prothèse réparatrice maxillo-faciale et "dont les rubriques comprennent également l'acte et la fourniture de l'appareillage".

Procédures d'attribution de l'appareillage inscrit au TIPS

- Arrêté du 29 février 1984 concernant les disciplines médicales visées à l'article 27 du décret n° 81 460 du 8 mai 1981 portant simplification des procédures et des conditions de prise en charge des fournitures et appareils au titre des prestations sanitaires, J.O. du 8 mars 1984.
- Arrêté du 8 août 1996 modifiant le chapitre VII du titre II du Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires et fixant les conditions de prise en charge, la nomenclature et

les tarifs des prothèses myoélectriques, J.O. du 3 septembre 1996.

- Décret N° 96-32 du 16 janvier 1998 relatif à la matério-vigilance exercée sur les dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), J.O. du 17 janvier 1996.
- Arrêté du 28 mai 1999 modifiant le TIPS et portant simplification des formalités de l'entente préalable, J.O. du 13 juin 1999.

Textes imposant un essai préalable à l'attribution du matériel

Attribution "assurée après réalisation d'un essai préalable dans un service ou un centre de rééducation fonctionnelle et après fourniture d'un certificat du médecin du service ou du centre attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient".

- Fauteuil roulant verticalisateur : arrêté du 28 avril 1997. J.O. du 23 mai 1997
- Fauteuils roulants électriques : arrêté du 18 août 1997. J.O. du 11 septembre 1997.
- Fauteuils évolutifs pour jeunes enfants à partir de 18 mois : arrêté du 14 août 1997, J.O. du 7 septembre 1997.

Professionnels intervenant dans l'appareillage

- Dossier 1994 sur les professions participant à l'appareillage, avec des documents de :
 - L'Union Française des Orthoprothésistes.
 - La Chambre syndicale nationale des podoprothésistes
 - L'École de massokinésithérapie de Rennes
 - Décret N° 06-1196 du 21 novembre 1996 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.
- Décrets de compétence des kinésithérapeutes (voir site Syfmer).

2. Autres références

- Rapport sur l'appareillage et les aides techniques. -Groupe de travail APF – UFOP – FMPA
- L'appareillage des personnes physiquement handicapées : le point de vue des médecins prescripteurs.- FMPA (Dr G. Taussig, président ; Dr G. de Korvin, secrétaire).- J. Réadapt. Méd. 1989, n° 1-2, pp. 44-45.
- L'appareillage en 1990 : un travail d'équipe.- Journée de conférences et de débats organisée par la FMPA, sous la présidence du Pr J.C. Sournia, président de la Commission Consultative des Prestations Sanitaires (CCPS), dans le cadre du salon Intermedica.- Paris, 28 mai 1990.
- L'appareillage des personnes physiquement handicapées.- La Lettre du Médecin Rééducateur (FMPA), n° 17, novembre 1990.
- Evaluation de l'appareillage par le médecin prescripteur – G. de Korvin (FMPA) – présentation aux X^{èmes} Journées de Perfectionnement en Appareillage de Nancy, 21-22 mars 1991.

VIII. MODULE READAPTATION

■ A. INTRODUCTION

La médecine physique et de réadaptation est, par définition, une spécialité conçue pour intégrer, dans une approche globale du patient, les problèmes posés par la lésion, les

déficiences et le handicap. C'est pourquoi, même en secteur libéral, le médecin de MPR doit pouvoir disposer de moyens lui permettant d'exercer une action efficace dans le domaine de la réadaptation.

Ceci donnerait toute sa dimension à l'acte-bilan de MPR.

En ce qui concerne par exemple la dépendance des personnes âgées, la réadaptation s'inscrit dans une démarche qualitative d'amélioration active de l'autonomie.

■ B. OBJECTIFS ET CRITERES SPECIFIQUES

Le médecin de MPR libéral s'adresse à des patients de deux types :

- Patients sortant de services de court séjour MCO, en particulier de services de chirurgie orthopédique. Par exemple, les opérés d'arthroplastie totale de hanche pourraient bénéficier avant leur sortie, ou juste après celle-ci, d'un apprentissage de la prévention des gestes risquant de provoquer une luxation de leur prothèse, en s'appuyant sur différentes mises en situation.
- Patients "ambulatoires" souffrant de déficiences chroniques, par exemple lombalgiques, hémiplegiques. Pour ces patients, l'ensemble de la stratégie rééducative ne peut trouver de réelle cohérence que si elle est définie en fonction d'une finalité précise de réadaptation. Faute de moyens adaptés, la prise en compte de cet aspect essentiel n'a pu jusqu'à présent se développer dans le cadre des "soins de ville" alors que les structures institutionnelles spécialisées sont totalement saturées.
- Patients issus de structures institutionnelles de médecine physique et de réadaptation : ces patients ont souvent besoin d'un suivi, tant sur le plan de la rééducation que de la réadaptation. Une demande incontestable existe pour que ce suivi soit assuré en secteur libéral.

Les cabinets libéraux de MPR n'ont pas vocation à reproduire chacun tous les services offerts par un grand établissement de réadaptation. Il convient plutôt de concevoir des plateaux techniques dédiés à un objectif spécifique, défini dans le cadre d'un réseau de soins, en fonction d'une demande locale bien identifiée et en complémentarité avec les autres structures existantes.

■ C. MOYENS

1. Moyens humains

Pour la réadaptation, les moyens humains prennent une place majeure, avant même les moyens techniques. Il s'agit essentiellement de permettre au médecin de MPR de pouvoir s'adjoindre, de manière régulière, la collaboration d'un ou d'une ergothérapeute. Cet(te) ergothérapeute doit pouvoir exercer dans l'enceinte du cabinet de MPR et intervenir au domicile du patient ou sur son lieu de travail.

Une démarche de soins doit également être mise en place par le médecin de MPR avec une équipe pluridisciplinaire "labellisée" disponible et qualifiée dans les différents secteurs de médecine physique. Le médecin MRP aurait en charge la coordination de ces professionnels paramédicaux et sociaux. Des réunions de synthèse permettraient à tous les intervenants concernés de connaître le projet de vie de la personne en situation de handicap et ainsi les objectifs de la prise en charge.

Une secrétaire médicale commune pourrait alors gérer les dossiers médicaux.

La collaboration avec d'autres acteurs de la réadaptation sociale et professionnelle doit également pouvoir être organisée : assistante sociale, ergonomiste, médiateur d'insertion, etc. Des partenariats peuvent être envisagés avec des structures comme les Cotorep et les équipes de réinsertion professionnelle "Cap Emploi". Des réunions de concertation doivent pouvoir être organisées avec ces partenaires ainsi qu'avec les médecins du travail et les médecins conseils.

Le coût de fonctionnement d'une telle organisation doit être financé et mis en balance avec la charge économique de la désinsertion sociale et professionnelle des patients dont les problèmes ont été mal gérés.

2. Moyens matériels

Sans chercher un modèle unique et polyvalent, il est possible de décrire, sans prétention d'exhaustivité, différents types de modules techniques permettant de travailler la gestuelle et de reproduire différentes mises en situation correspondant à la vie domestique, sociale ou professionnelle.

Salle d'ergothérapie

Dans cette salle, les patients pourront se réentraîner aux gestes de la vie quotidienne par le biais d'activités et de gestuelles adaptées à leur déficit.

Ces exercices demandent du matériel de rééducation classique, ainsi qu'un ordinateur. Pour les orthèses ou autres adaptations, il faut avoir à disposition un petit atelier.

Postes de mise en situation

Il s'agit de différents types de simulateurs, par exemple :

- Simulateur de logement : destiné à l'étude des transferts, des actes de la vie quotidienne et des adaptations à réaliser pour améliorer la sécurité et l'autonomie des patients.
- Simulateur de véhicule : pour apprendre à un opéré de hanche à entrer et sortir du véhicule sans risquer de luxer sa prothèse ; pour étudier la position de conduite d'un lombalgique, etc.
- Simulateur de différents postes de travail : étude de la gestuelle, étude des améliorations ergonomiques qu'il serait possible d'apporter au poste de travail.

L'implantation de tels équipements doit répondre à une stratégie cohérente tenant compte :

- des besoins de la population ciblée,
- d'un plan de réadaptation cohérent,
- de la possibilité ou non pour le médecin libéral d'utiliser de tels outils à proximité, dans le cadre d'un partenariat avec d'autres structures, par exemple les CICAT (Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques),
- ou, a contrario, d'insérer son équipement privé dans le fonctionnement d'un réseau de compétences et de moyens.

***LES CABINETS LIBERAUX
DE MEDECINE PHYSIQUE
ET DE READAPTATION EN 2003 :
RESULTAT D'UNE ENQUETE DE MOYENS***

I- Méthodologie	82
II. Description des 190 médecins répondants	84
III. Les thèmes transversaux du référentiel (concernant les 190 médecins répondants)	87
IV. Orientations de la pratique et modules techniques (concerne 140 médecins)	90
Conclusion	95

LES CABINETS LIBERAUX
DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION EN 2003 :
RESULTAT D'UNE ENQUETE DE MOYENS

ELEMENTS DE SYNTHESE DES RESULTATS
ET RELEVÉ DE CONCLUSIONS

Document élaboré par :

Le Professeur Jean Marie ANDRE
Les Docteurs Bernard ALLIAT
Pierre BENEZET
Georges DEKORVIN
Marc GENTY
Bertrand MORINEAUX
Bertrand ROUSSEAU

En collaboration avec :
Madame Nathalie Ortholan
(*ICONES : Interventions Conseils Etudes Santé*)
et le Docteur Catherine Fabre
(*Grès Médiation Santé*)

ELEMENTS DE SYNTHESE

Après un rappel de la méthodologie utilisée, ce document présente les principaux éléments de synthèse des résultats d'une enquête de moyens réalisée entre février et avril 2003, auprès de 676 médecins libéraux de MPR.

I. METHODOLOGIE

1.1. L'OBJECTIF DE L'ENQUETE

Cette enquête auprès des cabinets libéraux de médecins de MPR représente la deuxième phase du projet financé par le FAQSV intitulé "Référentiel de moyens pour les cabinets libéraux de Médecine Physique et de Réadaptation".

La première phase a été réalisée en 2002 et a concerné l'élaboration et la validation du référentiel proprement dit.

Dans la deuxième phase, l'objectif principal de cette enquête transversale sur l'offre de soins en MPR était de fournir, à partir des conditions actuelles d'exercice, des données quantitatives et qualitatives sur la démographie, les orientations d'exercice et les plateaux techniques, afin d'en déduire les moyens matériels nécessaires pour la mise en œuvre d'un réseau de qualité de cabinets en MPR.

Par ailleurs, l'objectif secondaire était de contribuer à la validation du référentiel de moyens diffusé par le SYFMER à l'ensemble des médecins libéraux MPR, en repérant les écarts entre ce qui a été défini dans le référentiel et les constats issus de la pratique.

1.2. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été élaboré par le Comité de suivi du projet, assisté de la société ICONES Interventions, Conseils, Etudes, Santé (en partenariat avec Grès Médiation Santé). Il a été testé, modifié puis validé par les participants au séminaire du comité de pilotage et d'experts qui a eu lieu le 22 novembre 2002.

Le questionnaire validé a été structuré en fonction du référentiel et se compose de trois parties :

- La première partie concerne les

caractéristiques générales de l'exercice professionnel du médecin de MPR, dans son environnement interne et externe.

- La deuxième partie aborde des thèmes transversaux communs quelle que soit l'orientation de la pratique du médecin en MPR.
- La troisième partie concerne des modules spécifiques de prise en charge et concerne les médecins selon les orientations de leur pratique en MPR.

La majorité des questions sont à réponses fermées. Quelques questions à réponses ouvertes ont été introduites en particulier pour que les médecins s'expriment sur leur propre perception des points forts et des points faibles ainsi que sur leurs projets.

Ce questionnaire a été adressé en mars 2003 aux 676 médecins de MPR repérés dans le fichier du Syfmer comme ayant une activité privée et/ou libérale. Il était accompagné d'une lettre du Président du Syfmer, de la liste des correspondants régionaux, de consignes pour le remplissage et d'une enveloppe T pour le retour à ICONES chargé de la saisie et du traitement des données. Les réponses étaient anonymes.

1.3. RELANCES EFFECTUEES

Deux relances postales ont été effectuées sur la même base de 676 adresses par le SYFMER, l'une le 28 mars 2003, l'autre le 30 avril 2003

Par ailleurs, à partir des noms et numéros de téléphone transmis à ICONES par le SYFMER et en tenant compte du nombre de questionnaires rentrés par région, des relances par téléphone ont été faites du 11 avril au 12 mai. Ont été exclus de la base de relances téléphoniques, d'une part les 30 médecins dont les envois ont été retournés

avec la mention "NPAI" (Non Présent à l'Adresse Indiquée), d'autre part les 33 médecins pour lesquels les coordonnées téléphoniques étaient incomplètes ou manquantes. C'est ainsi que la base de rappel téléphonique est passée de 676 médecins à 613 médecins joignables a priori par téléphone d'après les données du fichier du Syfmer.

Au total 240 relances téléphoniques ont été effectuées au hasard, soit 39 % des 613 médecins avec coordonnées téléphoniques. (Remarque : comme les questionnaires étaient renvoyés de façon anonyme, les appels de relance pouvaient concerner des médecins qui avaient déjà répondu).

Le déroulement de ces 240 relances téléphoniques a montré que :

- 19,6 % des cabinets n'ont pas pu être joints malgré de multiples tentatives (pas de réponse au téléphone, faux numéros, fax, etc.)
- 11,3 % des médecins joints ont signifié qu'ils n'étaient pas concernés par cette enquête (non libéraux/non-MPR/retraités)

I.4. TAUX DE PARTICIPATION : PLUS DE 33%

Au total, 193 questionnaires ont été retournés, dont 3 non remplis car les médecins n'étaient pas concernés (en retraite ou non libéraux). Ainsi 190 questionnaires ont été saisis et traités.

Par rapport aux 646 médecins ayant reçu le questionnaire (base 676 – 30 "NPAI"), cela représente un taux de participation de 29,4 %.

On peut considérer que le taux de participation réelle est supérieur à 33 %, en effet :

- en appliquant le taux de 11,3 % non concernés, constaté lors du rappel téléphonique, à l'ensemble des 646 médecins ayant reçu le questionnaire, on peut estimer un total de 571 médecins réellement concernés, soit un taux de participation de 33,3 %.
- en se référant au chiffre de 580 médecins MPR libéraux selon les données de la DREES (Source : Ministère de la Santé DREES, Série Statistiques n°44, décembre 2002.), cela donne un taux de participation de 32,8 %.

La synthèse présentée ci-dessous a été réalisée à partir des résultats décrits dans le rapport complet de l'enquête.

Ces principaux résultats et leurs conclusions par chapitre sont proposés en trois parties :

- Les caractéristiques générales (190 médecins)
- Les thèmes transversaux du référentiel (190 médecins)
- Les différents modules ou orientations de pratiques (140 médecins)

Il s'agit donc d'une photographie en 2003 des médecins libéraux de MPR qui ont répondu à l'enquête.

II. DESCRIPTION DES 190 MEDECINS REpondANTS

II.1. ELEMENTS

SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET DU MODE D'EXERCICE

■ *Principaux résultats*

Toutes les régions (sauf le Limousin, la Corse et les DOM/TOM) sont représentées. La composition de l'échantillon est proche de la répartition nationale avec, cependant, une sous-représentation de l'Île-de-France.

L'ancienneté moyenne de l'installation des répondants est de 18,5 ans. La moyenne d'âge est de 51 ans (52 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes) ; cet âge moyen est plus élevé que celui de l'ensemble des spécialistes libéraux en France (48,4 ans) mais proche de celui des MPR en cabinet au niveau national (entre 50 et 51 ans). (Source : Ministère de la Santé DREES, Série Statistiques n°44, décembre 2002.)

Seulement 16 médecins se sont installés depuis moins de 10 ans, répartis dans 8 régions (mais principalement en Rhône Alpes et Pays de la Loire).

Le taux de féminisation est de 22 % chez les répondants exerçant en cabinet de ville, proche de celui observé au niveau national chez les MPR de ville (22,8 %) qui est lui-même plus faible que celui de l'ensemble des spécialistes de ville au niveau national (33,2 %). (Source : Ministère de la Santé DREES, Série Statistiques n°44, décembre 2002.)

Près de 87 % des répondants exercent en cabinet de ville.

Plus de 80 % exercent en milieu urbain.

Près de 52 % des médecins ont une activité exclusivement libérale. Chez ceux qui ont une activité mixte libérale et salariée la part de l'activité libérale est prédominante pour 71 % d'entre eux (soit 34 % du total).

64 % des médecins sont conventionnés en secteur I et 36 % en secteur II. (Les installés depuis moins de 10 ans sont majoritairement en secteur II). 12 % réalisent des actes hors nomenclature (essentiellement en secteur I).

52 % des médecins MPR libéraux exercent seuls ; 48 % exercent avec d'autres médecins et/ou d'autres professionnels de santé libéraux. Parmi ceux qui n'exercent pas seuls, 88 % sont avec d'autres médecins (MPR ou autres spécialistes) et 33 % avec des kinésithérapeutes libéraux ; dans 22 % des cas c'est à la fois avec d'autres médecins et avec des kinésithérapeutes libéraux. Par ailleurs, on constate que parmi les MPR exerçant seuls 12 % ne sont pas en cabinet individuel de ville mais exercent au sein d'une structure privée ou publique.

En cas d'association, le statut SCM est le plus courant (56 %) puis vient la SCP (18 %). La SEL reste très marginale.

■ *En conclusion*

L'échantillon des 190 médecins ayant répondu à l'enquête est représentatif des MPR de ville en ce qui concerne les caractéristiques d'âge et de sexe.

Les caractéristiques d'âge et d'ancienneté d'installation montrent qu'il s'agit de médecins expérimentés dans l'exercice de la MPR en libéral.

Cependant, avec peu de nouveaux médecins installés ces 10 dernières années, cette situation démographique d'une population vieillissante fait craindre une absence de relève au sein de la profession.

On observe que près de la moitié des médecins répondants sont entourés de ressources en spécialistes et en

kinésithérapeutes, ce qui dénote une certaine pluridisciplinarité au sein même des cabinets.

équipés de locaux pour le secrétariat et la salle d'attente.

II.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES LOCAUX

■ Principaux résultats

La superficie médiane est de 100 m². On observe cependant une grande dispersion des superficies en particulier dans le quart des cabinets ayant la plus grande superficie (comprise entre 200 et 700 m²).

Chez les médecins qui exercent seuls, la superficie médiane est de 89 m² et elle est de 150 m² chez ceux qui ne sont pas seuls.

Chez les médecins ayant une activité exclusive de consultation la superficie médiane est de 72,5 m² et de 115 m² chez ceux qui ont une ou des orientations de pratique nécessitant un plateau technique. (Les différences sont significatives entre les deux groupes).

77 % des cabinets ont au moins une pièce pour le secrétariat ; la superficie moyenne est de plus de 17 m² (avec une médiane à 15 m²).

90 % des cabinets ont une salle d'attente, avec une superficie moyenne de près de 20 m² (avec une médiane à 15 m²).

Les bureaux de consultation ont une superficie moyenne de près de 30 m² ; certaines grandes superficies observées laissent supposer qu'elles peuvent comprendre aussi la partie examen.

■ En conclusion

La médiane des superficies totales des cabinets est assez élevée (100 m²), y compris chez les médecins qui exercent seuls. La superficie des locaux est liée au type de pratique : les cabinets sont plus grands quand il existe un plateau technique. Les cabinets sont en général

II.3. LE PERSONNEL SALARIE

■ Principaux résultats

Près de des médecins ont une secrétaire salariée (en moyenne 1,25 ETP).

22 % ont un ou des kinésithérapeutes salariés (environ 2 ETP en moyenne).

■ En conclusion

Au total 82 % des MPR libéraux ayant répondu à l'enquête sont des employeurs et génèrent près de 3 emplois en moyenne chacun.

II.4. L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

■ Principaux résultats

85 % des médecins ont un cabinet de radiologie à proximité et dans 96 % des cas ils ont avec eux des relations de correspondants.

78 % des médecins ont un cabinet de kinésithérapeutes à proximité et dans 81 % des cas ils ont avec eux des relations de correspondants.

Plus de 11 % disent participer à un réseau ; il s'agit d'un réseau formalisé structuré dans les 2/3 des cas et d'un réseau de fait, plus informel, dans 1/3 des cas.

■ En conclusion

On constate que les médecins de l'enquête ont à proximité de leur cabinet un environnement qui propose des ressources complémentaires en imagerie et en kinésithérapie avec lequel ils entretiennent des relations de synergie. Si on ajoute la participation d'un certain nombre aux réseaux structurés, cela renforce le caractère pluridisciplinaire de l'exercice déjà noté plus haut.

II.5. LES PROJETS LIES AU MODE OU TYPE D'EXERCICE

■ *Principaux résultats*

Sur l'ensemble des répondants à l'enquête :

- 22,1 % envisagent de nouveaux associés ou collaborateurs,
- 16,3 % envisagent un départ en retraite,
- 15,8 % envisagent une restructuration,
- 9,5 % envisagent un déconventionnement,
- 5,8 % envisagent un abandon de la médecine libérale,

■ *En conclusion*

55% des répondants se positionnent dans une perspective de projets d'avenir. 34% sont dans une dynamique d'évolution de leurs conditions d'exercice libéral.

II.6. LES ORIENTATIONS DE LA PRATIQUE (CONSULTATION / ORIENTATIONS AVEC MODULES TECHNIQUES)

■ *Principaux résultats*

26 % ont une activité exclusive de consultation.

74 % des médecins sont concernés par des orientations de pratique nécessitant un ou plusieurs modules techniques :

- 56% font de l'exploration de l'appareil locomoteur
- 56% font de la rééducation neurologique et de l'appareil locomoteur
- 38% font de l'appareillage
- 29% font de l'exploration et/ou de la rééducation de l'appareil uro-sphinctérien

- 27% font de l'exploration de l'appareil neurologique
- 16% font de la réadaptation
- 6% font de l'exploration de l'appareil cardio-vasculaire

Parmi les médecins qui ont une activité technique : 67% exercent une ou deux activités (orientation plutôt spécialisée), 33% ont trois activités ou plus (orientation plutôt polyvalente).

Lorsqu'un médecin n'a qu'une seule orientation de pratique, il s'agit de rééducation de l'appareil locomoteur et/ou neurologique dans plus d'un cas sur trois et d'exploration ou de rééducation pelvisphinctériennes dans près d'un cas sur quatre. Par ailleurs les orientations de pratique d'explorations et/rééducation cardiovasculaires d'une part, de réadaptation d'autre part, ne sont jamais pratiqués de façon isolée.

Lorsqu'il y a une association de 2 orientations différentes : deux fois sur trois, l'une des deux est la pratique d'explorations de l'appareil locomoteur.

■ *En conclusion*

De ces résultats se dégagent 3 types d'exercice :

- *Dans 25% des cas, une activité exclusive de consultation sans plateau technique.*
- *Dans 50% des cas, un exercice spécialisé orienté vers une ou deux activités à plateau technique.*
- *Dans 25% des cas, une activité plutôt polyvalente orientée vers plusieurs pratiques à plateau technique.*

III. LES THEMES TRANSVERSAUX DU REFERENTIEL (CONCERNENT LES 190 MÉDECINS RÉPONDANTS)

III.1. ACCUEIL ET ACCESSIBILITE

■ Principaux résultats

• Les extérieurs des locaux et les bâtiments
Plus de 50% des médecins sont dans des bâtiments "modernes" (datant de 1980 et après) ; 14% des bâtiments sont postérieurs à 1994 (date de référence concernant l'application des textes réglementaires).

55 % des cabinets sont accessibles à la fois grâce aux transports en commun et aux voitures particulières, et disposent de parkings. Par ailleurs, 43 % des zones de stationnement sont pourvues de places adaptées et dédiées à l'accès aux personnes handicapées.

87 % des cabinets sont accessibles de plain-pied ou avec ascenseur sans aucune marche. 82 % sont accessibles aux brancards.

44 % des répondants mentionnent une signalétique extérieure d'accès au cabinet. Un peu plus d'un tiers (34 %) dispose d'un interphone à l'entrée.

• À l'intérieur des locaux

54 % des cabinets permettent une circulation totale en fauteuil roulant dans tout le cabinet et 44 % une circulation partielle.

53 % des médecins mentionnent la présence d'une signalétique murale complète de toutes les pièces à l'intérieur du cabinet.

37 % affichent l'ensemble des mentions obligatoires relatives à la sécurité.

15% des cabinets possèdent une alarme accessible aux patients dans les lieux du cabinet où ils peuvent être seuls.

68 % des médecins ont un contrat d'entretien et/ou du personnel salarié d'entretien.

• Gestion des rendez-vous

95 % des médecins ont un secrétariat au cabinet et/ou une centrale d'appel pour gérer leurs rendez-vous.

• Satisfaction exprimée et problèmes rencontrés

Les taux de satisfaction exprimée subjectivement sont compris entre 81% et 90 % pour les aspects de convivialité, d'accueil, de confort, d'ergonomie et d'intimité ; ce taux est de 78% pour l'accessibilité ; ceux qui n'ont pas de secrétariat sont moins satisfaits. Dans les commentaires faits aux questions à réponse ouverte, les médecins font part de leurs difficultés, principalement liées à des problèmes d'accessibilité et de circulation rencontrés à l'extérieur et à l'intérieur des locaux ; par ailleurs, ils perçoivent des besoins d'amélioration de l'organisation de leur pratique en termes de disponibilité et d'accueil. Sur l'ensemble 32 % des médecins ont mentionné des projets.

■ En conclusion

Le niveau d'accessibilité externe en fauteuil roulant de 87 % est bon alors qu'il est de 54% en interne, l'objectif visé est de 100 % dans le référentiel.

Le faible taux de signalétique extérieure est peut être du à la discrétion imposée par la réglementation ordinale sur l'information nominative des cabinets, ce qui de fait limite les possibilités de fléchage extérieur nécessaire, en particulier pour les personnes handicapées.

Il semble que la qualité de l'accueil soit perfectible, en particulier chez les médecins qui n'ont pas de moyens en secrétariat.

On constate que près d'un tiers des médecins ont des projets concernant l'aménagement des locaux, l'organisation de l'accueil ou des investissements en matériel.

III.2. HYGIENE ET SECURITE

■ Principaux résultats

- Procédures

12 % des médecins ont une procédure écrite de bionettoyage et 11,5 % ont une traçabilité; 7 % ont mis en place les deux types de procédures.

Près de 90 % des médecins disposent de postes de lavage des mains (non compris ceux présents dans les sanitaires).

77 % des médecins se lavent les mains systématiquement entre deux patients. 74 % portent une blouse (un tiers d'entre eux la change tous les jours).

Lors de la pratique de geste invasifs, 98 % utilisent du matériel à usage unique.

En ce qui concerne le matériel semi-critique, 43 % des médecins utilisent du matériel à patient unique.

55 % des médecins ont un contrat de collecte des déchets à risque.

70 % des médecins font un suivi au minimum trimestriel des médicaments entreposés au cabinet.

- Formation et Information

32% des médecins informent leurs patients sur les règles d'hygiène appliquées au cabinet et 40% donnent des consignes d'hygiène à appliquer au domicile.

18 % forment leur personnel à l'hygiène.

63% des cabinets disposent de matériel de premier secours.

- Satisfaction exprimée

et problèmes rencontrés

73 % des médecins se disent globalement satisfaits de l'hygiène et 69 % de la sécurité de leur cabinet ; 19 % ne sont satisfaits de ni l'un ni l'autre de ces aspects.

Dans les commentaires faits aux questions à réponse ouverte, les difficultés évoquées par les médecins concernent essentiellement les problèmes matériels d'équipement et de locaux qui ne leur permettent pas toujours de respecter toutes les règles d'hygiène et de sécurité ; ils mettent en avant également les

contraintes de temps et de coût que cela suppose ; ils sont aussi demandeurs de "solutions" qui les aideraient à mieux respecter les normes d'hygiène et de sécurité. 19 % des médecins mentionnent avoir des projets concernant l'amélioration de l'hygiène et/ou de la sécurité.

■ En conclusion

On observe une bonne perception du risque dans la pratique des gestes invasifs.

La gestion trimestrielle des médicaments est faite avec une périodicité satisfaisante. Des écarts importants sont constatés, par rapport au référentiel, quant au lavage des mains et au port de la blouse.

Par ailleurs, l'information auprès des patients n'est pas systématique.

La sous-utilisation de matériel à patient unique peut s'expliquer par un manque de formation des médecins, mais aussi par le coût de ce matériel.

Au total, les éléments du référentiel sur l'hygiène et la sécurité ne sont pas à remettre en cause et des actions sont à envisager pour aider les médecins à atteindre les objectifs.

III.3. RECUEIL, TRAITEMENT ET CIRCULATION DE L'INFORMATION

■ Principaux résultats

- Affichage des informations obligatoires

Les affichages obligatoires en salle d'attente des tarifs et du secteur conventionnel sont faits chez 65 % des médecins ; 24 % les affichent dans un autre lieu que la salle d'attente. Concernant les médecins qui ont du personnel salarié, les horaires des

personnels sont affichés à l'accueil ou au secrétariat chez 17 %.

- Documents remis aux patients

15 % des médecins élaborent un document de synthèse remis au patient.

5 % utilisent et remettent un carnet de suivi.

34 % déclarent remettre d'autres documents aux patients (de type fiches par exemple).

(Remarque : les questions posées ne concernaient pas la prise en compte des courriers pour le médecin traitant remis au patient).

- Dossier médical

La quasi-totalité des médecins (99 %) ont un dossier médical ; il est informatisé pour la moitié d'entre eux (certains continuent à utiliser les deux supports, papier et informatique).

- Equipement informatique

Près de 92 % des médecins répondants sont équipés en informatique ; les 2/3 d'entre eux ont du matériel récent.

70 % des médecins ont du matériel dans leur bureau et utilisent donc eux-mêmes l'outil.

54 % des médecins équipés en informatique ont un dossier médical informatisé.

- Acte "Bilan et Plan de soins"

7 % des médecins déclarent réaliser cet acte (qui n'est pas pris en compte dans la nomenclature).

- Satisfaction exprimée

et problèmes rencontrés

Le taux de satisfaction exprimée subjectivement par les médecins est élevé quant au niveau de confidentialité et de sécurité des données (81%) ; la fonctionnalité de l'outil informatique satisfait, quant à elle, 60 % des médecins informatisés.

Dans les commentaires faits aux questions à réponse ouverte, les points faibles mentionnés concernent l'insatisfaction sur les modalités d'utilisation de l'outil informatique pour ceux qui sont équipés mais aussi la perception que le manque d'informatisation est un problème pour ceux qui ne le sont pas encore. 21 % des médecins ont des projets concernant l'amélioration de l'information (au sens large), dont la majorité concerne cependant l'outil informatique.

■ *En conclusion*

On observe un bon niveau d'équipement informatique.

Il y a un dossier médical chez la quasi-totalité des médecins.

Les affichages d'informations obligatoires ne sont pas satisfaisants. Des actions sont à envisager pour aider les médecins à atteindre les objectifs.

IV. ORIENTATIONS DE LA PRATIQUE ET MODULES TECHNIQUES (CONCERNE 140 MÉDECINS)

Remarque : 140 médecins parmi les 190 répondants ont, en plus de leur activité de consultation en MPR, une activité orientée vers une ou plusieurs pratiques spécialisées faisant ainsi référence à des modules techniques.

Les résultats ci-dessous sont rapportés en pourcentage aux 140 médecins qui ont déclaré une ou plusieurs activités spécialisées.

IV.1. LES EXPLORATIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

56 % des médecins (78 sur 140) pratiquent des explorations de l'appareil locomoteur.

■ Principaux résultats

59% font de la radiologie et/ou de l'échographie (actes référencés à la nomenclature) les cabinets sont équipés de salle et de matériel spécifiques ; 57 % ont du personnel formé à la radioprotection.

41 % utilisent une ou plusieurs autres techniques qui ne bénéficient d'aucune référence à la nomenclature (31 médecins) : évaluation de la force musculaire, analyse de la posture et de l'équilibre, analyse du mouvement. Le niveau d'équipement des cabinets est moins bon dans ce cas. Ceux qui sont bien équipés pratiquent le dépassement d'honoraires.

54% ont des locaux dédiés à leur activité. La superficie des locaux est en moyenne de 27 m² avec une médiane à 20 m².

11,5 % ont cette pratique en orientation unique ; 59 % y associent une orientation de rééducation (dont plus de la moitié la pratiquent eux-mêmes).

Le taux de satisfaction exprimée subjectivement sur cette orientation de pratique est de 54,5 % (il n'y a pas de différence selon le secteur de conventionnement). Dans les commentaires faits par les médecins aux questions à réponse ouverte, les éléments de satisfaction concernent essentiellement le niveau d'équipement et de compétence

technique. Les éléments d'insatisfaction concernent le manque de matériel, mais aussi les conditions d'exercice.

16 médecins (21%) ont un ou plusieurs projets d'acquisition ou de renouvellement de matériel d'explorations de l'appareil locomoteur.

■ En conclusion

On observe, malgré l'absence de nomenclature adaptée, le développement de nouvelles pratiques d'exploration, autres que la radiologie : l'évaluation de la force musculaire, l'analyse de la posture, l'analyse du mouvement, l'échographie.

Cela montre une tendance forte à développer l'évaluation fonctionnelle et à essayer de répondre au mieux aux besoins des malades.

IV.2. LA REEDUCATION NEUROLOGIQUE ET DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

56 % des médecins (78 sur 140) pratiquent la rééducation.

■ Principaux résultats

La quasi-totalité de ces médecins font de la rééducation en salle ; 57 % pratiquent aussi la balnéothérapie.

64 % ont à la fois une salle collective et des box individuels.

La superficie moyenne des locaux de rééducation est de 104 m² (médiane de 100 m²).

41 % des médecins font eux-mêmes la rééducation ; 35 % la font faire par un kinésithérapeute ; dans 24 % des cas la rééducation est faite à la fois par le médecin et par des kinésithérapeutes. (Il n'y a pas de différence d'âge entre ces trois groupes de médecins). Au total 44 % ont un kinésithérapeute salarié.

Les taux d'équipement sont de 96 % pour le matériel de physiothérapie ; de 86 % pour le matériel de rééducation au sol ; de 84 % pour le matériel de mécanothérapie ; de 74 % pour le matériel de tractions ; 22% ont du matériel de rééducation sensitive et de la main.

Le taux de satisfaction exprimée est de 82 %. Dans les commentaires faits par les médecins aux questions à réponse ouverte, les éléments positifs mis en avant concernent le bon équipement, la prise en charge personnalisée, l'intérêt du travail en équipe. Les points faibles exprimés dans ces commentaires concernent des difficultés d'organisation (problèmes de temps, de ressources en kinésithérapie, de prise en charge des patients lourds) et des manques de moyens en locaux et matériels.

18 médecins (23%) ont des projets d'acquisition de matériel, de restructuration ou de formation.

■ *En conclusion*

On constate de bons taux d'équipement en locaux (avec des superficies importantes) et en matériel de rééducation. La collaboration avec les kinésithérapeutes est fréquente.

Le niveau de satisfaction exprimée est élevé.

IV.3. LA BALNEOTHERAPIE

31 % des médecins (44 sur 140) pratiquent la balnéothérapie.

■ *Principaux résultats*

Plus de 95 % des centres de balnéothérapie sont équipés de douches (dont 77% ont aussi des WC).

Chez 91 % des médecins les patients prennent systématiquement une douche. Près de 80 % ont des locaux avec des sols antidérapants.

50 % déclarent des circuits entrée et sortie. 25 % ont un pédiluve.

L'information du patient sur les règles d'hygiène est faite chez 59 % des médecins.

51 % sont équipés en matériel de secours et médicaments d'urgences.

43 % ont une procédure de bionettoyage.

41 % assurent une surveillance permanente par un personnel soignant.

Le taux de satisfaction exprimée subjectivement par les médecins est de 77 %.

Les principaux points forts cités dans les commentaires faits par les médecins aux questions à réponse ouverte sont les équipements, l'intérêt de l'activité elle-même et les procédures d'hygiène et de sécurité quand elles ont été mises en place.

Les points faibles exprimés dans ces commentaires concernent essentiellement l'hygiène et la sécurité, avec le constat d'un manque de procédures et/ou des difficultés d'appliquer les normes techniques et les règles d'hygiène.

Les quelques (7) projets évoqués consistent en améliorations techniques (filtration, ventilation, vidéo).

■ *En conclusion*

On observe un équipement correct.

Ces médecins semblent un peu plus sensibilisés que l'ensemble à l'importance des précautions à prendre et à la perception de situations à risque, mais les écarts au référentiel sont notables. Des actions sont à envisager pour aider les médecins à atteindre les objectifs.

IV.4. L'APPAREILLAGE

38 % des médecins (53 sur 140) ont une activité d'appareillage.

■ Principaux résultats

71 % de ceux qui ont une activité d'appareillage font de l'Appareillage Médical d'Application Directe (AMAD) et 61 % font des Consultations Médico-Techniques d'Appareillage (CMTA).

39 % ne font que de l'AMAD ; 29 % ne font que des CMTA et 32 % font les deux types d'activité.

Chez les médecins qui ont une activité d'AMAD, 44 % ont des locaux dédiés et 44 % sont équipés en matériel spécifique.

Chez les médecins qui ont une activité de CMTA, 55 % ont des locaux dédiés et 48 % du matériel spécifique.

Par ailleurs, les médecins qui ne font que des CMTA (sans AMAD) sont davantage équipés en locaux dédiés que les médecins qui font de l'AMAD, mais ils disposent de peu de matériel (remarque : il peut être fourni par l'appareilleur).

Globalement les médecins qui font les deux, AMAD et CMTA, sont mieux équipés en locaux et en matériel.

En général l'orientation de pratique vers l'appareillage est associée avec l'exploration de l'appareil locomoteur et/ou avec la rééducation.

On observe que le taux de satisfaction exprimée subjectivement par les médecins dépend du type de leur pratique d'appareillage : quelle que soit la spécialisation au sein de l'activité d'appareillage, 43 % sont satisfaits; mais ce taux est de 22 % chez ceux qui ne font que de l'AMAD et de 64 % chez ceux qui ne font que de la CMTA.

Dans les commentaires faits par les médecins aux questions à réponse ouverte, la compétence, la maîtrise technique, les relations avec les collaborateurs internes et externes sont les principaux points positifs exprimés.

C'est surtout le manque d'équipement en matériel et locaux qui est perçu par les médecins comme un point faible.

Peu de médecins (6) mentionnent avoir des projets.

■ Conclusion

On relève la part importante de l'activité de consultation médico-technique d'appareillage (61%) ; cette orientation de CMTA est un facteur jouant un rôle positif dans le niveau de satisfaction exprimée par les médecins.

On observe que les médecins qui font les deux types d'activité (AMAD et CMTA) sont mieux équipés en locaux et en matériel que ceux qui ne font que l'un ou l'autre.

IV.5. EXPLORATIONS ET/OU REEDUCATION PELVISPHINCTERIENNES ET GENITO-SEXUELLES

29 % des médecins (40 sur 140) pratiquent des explorations et/ou de la rééducation pelvisphinctériennes et génito-sexuelles

■ Principaux résultats

En exploration pelvisphinctérienne, les médecins (20 sur 22) sont équipés de chaînes d'exploration urodynamique. La moitié d'entre eux sont également équipés d'EMG.

En rééducation pelvisphinctérienne, les médecins (25 sur 27) sont équipés d'appareils de rééducation périnéale.

Plus de 27 % des médecins qui ont cette orientation en explorations ou rééducation de l'appareil pelvisphinctérien, n'ont que cette activité, sans autre orientation. 47 % l'associent à une ou deux autres orientations (le plus souvent : rééducation neurologique et de l'appareil locomoteur, appareillage).

Le taux de satisfaction exprimée subjectivement par les médecins est de 76 %. Dans les commentaires faits par les médecins aux questions à réponse ouverte, les bonnes conditions d'exercice et les compétences acquises dans cette spécialisation sont mises en avant comme points forts. Les problèmes exprimés sont variés : manque de relations avec les autres professionnels, coût du matériel, manque

de ressources en aide technique ou humaine, difficultés d'organisation. Peu de projets positifs (5 médecins) sont évoqués ; des perspectives d'abandon et le constat d'un certain scepticisme quant à l'avenir sont mentionnés (6 médecins).

■ *En conclusion*

On observe un bon niveau d'équipement en explorations et en rééducation pelvisphinctériennes.

Le taux de satisfaction subjective est bon malgré quelques craintes sur l'avenir.

IV.6. LES EXPLORATIONS DU SYSTEME NERVEUX

27 % des médecins ont une pratique d'explorations neurologiques (38 sur 140).

■ *Principaux résultats*

Les médecins (36) qui font de l'électrophysiologie sont équipés en EMG. Quelques-uns (9 médecins) ont du matériel de mesure des potentiels évoqués.

La pratique d'explorations neuropsychologiques chez les adultes et les enfants est peu fréquente (6 médecins)

Seulement 5% pratiquent cette orientation de façon isolée sans l'associer à un autre module technique. Chez plus des 2/3 cette orientation est associée à la pratique d'explorations de l'appareil locomoteur.

Les 2/3 des médecins se disent plutôt satisfaits de leur pratique d'explorations du système nerveux.

Dans les commentaires faits par les médecins aux questions à réponse ouverte, les aspects positifs évoqués sont très variés mais l'accent est principalement mis sur l'expérience et la compétence en EMG.

Les points faibles exprimés dans ces commentaires concernent le manque de relations avec les autres professionnels, l'inadaptation de la nomenclature EMG, le matériel vieillissant.

9 médecins ont des projets (équipement

matériel, formation, réorganisation) concernant leur pratique d'explorations du système nerveux.

■ *En conclusion*

On constate un bon taux d'équipement. Certains médecins expriment un sentiment d'isolement, alors que pour d'autres, des projets plutôt dynamiques sont évoqués.

IV.7. LA READAPTATION

Cette activité concerne 16 % des médecins (23 sur 140).

■ *Principaux résultats*

La réadaptation n'est jamais pratiquée de façon isolée, c'est-à-dire sans être associée à au moins un autre module, en particulier les explorations de l'appareil locomoteur, l'appareillage, la rééducation.

La moitié d'entre eux (12) disposent de locaux spécifiques pour la réadaptation.

Près de la moitié (11) collaborent avec des fournisseurs externes de matériel.

Il existe des collaborations avec des kinésithérapeutes chez 9 médecins.

4 médecins disposent de matériel d'ergothérapie, dont 1 avec un ergothérapeute sur place.

3 médecins collaborent avec un ergothérapeute en externe.

L'utilisation de postes de mise en situation concerne 4 médecins.

Moins d'un médecin sur deux se déclare satisfait de sa pratique de réadaptation.

La présence d'un ergothérapeute sur place et les collaborations externes sont les éléments positifs mis en avant par les médecins qui se sont exprimés sur les questions à réponse ouverte.

Les relais difficiles entre les prises en charge faites en institutions et en médecine de ville, le manque de ressources en ergothérapeutes, de temps pour des collaborations de qualité sont les principaux motifs d'insatisfaction exprimés dans les commentaires faits par les médecins.

■ *En conclusion*

Malgré l'absence totale de cadre défini d'exercice, cette activité est non négligeable, puisqu'elle est quand même déclarée par 23 médecins.

Cette orientation n'est jamais exercée seule, sans être associée à une autre orientation d'activité.

On constate une diversité du type de ressources et d'intervenants, ce qui reflète l'importance de la pluridisciplinarité dans cette activité.

IV.8. L'EXPLORATION OU REEDUCATION CARDIO-VASCULAIRE OU RESPIRATOIRE

■ *Principaux résultats*

Seuls 8 médecins ont déclaré avoir cette orientation de pratique.

Cette orientation n'est jamais exercée sans être associée à une ou plusieurs autres orientations de la pratique.

■ *En conclusion*

Cette orientation d'activité est très marginale.

CONCLUSION

Avec un taux de participation de plus de 33% alors que le contexte général d'insatisfaction du corps médical est à son comble en 2003, cette enquête montre un certain sens des responsabilités et une réelle capacité des médecins spécialistes de MPR à se mobiliser dans la perspective de trouver des solutions adaptées à la modernisation de leur exercice.

Le relevé de conclusions proposé ici a une validité applicable à l'ensemble des médecins spécialistes de MPR libéraux exerçant sur le territoire national. En effet, le profil de l'échantillonnage des répondants est en tout point comparable au profil général des médecins spécialistes en MPR, tel qu'il est répertorié par les services de différentes administrations (Ministère de la santé, DREES, CNAMts, DGI, etc.).

Les caractéristiques d'âge et d'ancienneté montrent qu'il s'agit de *professionnels expérimentés*.

L'étude de l'orientation des pratiques confirme la *transversalité* de la *spécialité*, que se soit à travers des exercices polyvalents ou par des modes d'exercices surspécialisés.

D'une manière générale, le niveau d'équipement des cabinets en fonction des pratiques et l'accessibilité des locaux sont satisfaisants, même s'il existe parfois des écarts au référentiel dans ces domaines. Il faut, en effet, considérer que certains éléments comme la signalétique, par exemple, se heurtent à *une réglementation mal adaptée* (incompatibilité entre le règlement ordinal en matière de fléchage nominatif et les demandes exprimées par les associations de personnes handicapées). Des actions auprès des services concernés devront être conduites par les représentants de la spécialité pour obtenir des dérogations et/ou des aménagements dans des situations qui l'exigent, afin d'aider les médecins à atteindre les objectifs. Une aide pourra

également être proposée par un financement FAQSV pour l'étude d'implantation des cabinets, dès lors que le praticien se sera engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité.

C'est certainement dans le *domaine de l'hygiène*, que les écarts au référentiel sont les plus importants. A cela de nombreuses explications peuvent être avancées : méconnaissance de la réglementation, coûts importants liés à l'utilisation de matériels à usage unique et/ou à patient unique, surcoûts liés à un équipement complémentaire du cabinet en matériels non directement utilisables dans la pratique quotidienne, etc. *Deux types d'actions* peuvent être proposés pour aider les médecins à atteindre les objectifs : organiser des formations à l'hygiène et à la sécurité par l'intermédiaire d'un financement FAQSV, permettre aux praticiens dès lors qu'ils s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité, d'absorber les surcoûts liés à la pratique en leur donnant la possibilité de financer les consommables et les matériels complémentaires.

C'est en matière de gestion de l'information que les écarts au référentiel sont les plus faibles. On peut y voir une aptitude certaine des médecins spécialistes de MPR à s'adapter aux nouvelles technologies et surtout une *culture de la communication et de l'évaluation* qu'ils mettent au service de la coordination d'un réseau multidisciplinaire de compétences au sein duquel il travaille. Les rares observations faites dans le domaine de l'affichage des mentions obligatoires, par exemple, peuvent être aisément corrigées par des formations financées par le FAQSV.

Le Médecin de MPR dispose de locaux vastes et bien équipés. Il pratique, en plus de son activité de consultation, une activité technique

très spécialisée, orientée vers les différentes spécificités transversales de la MPR que sont l'évaluation et les soins des déficiences des grands appareils (locomoteur, neurologique, vésicosphinctérien, etc.) mais aussi la prise en charge des incapacités et du handicap à travers l'appareillage et la réadaptation.

En 2003, le médecin libéral spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation est un homme de 51 ans, installé en ville depuis plus de dix ans. Dans l'environnement technique et multidisciplinaire d'un réseau de compétences, c'est un employeur qui travaille en collaboration avec de nombreux collègues et professions paramédicales. Son activité, plutôt spécialisée, procède d'une culture de l'évaluation ; elle est ouverte sur les nouvelles technologies vers l'innovation et la modernité. S'il a pu développer les éléments de sa spécialité dans le secteur de la rééducation, par contre, l'absence de moyens adaptés en soins de ville dans le domaine de la réadaptation ne lui permet pas d'exprimer pleinement ses compétences, en particulier, au service des personnes handicapées.

La mise en œuvre, par la nomenclature, d'actes tels que "*la consultation médico-technique d'appareillage*" et "*l'acte bilan et plan de soins en médecine physique et de réadaptation*" est de nature à permettre une amélioration notable dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées en milieu ordinaire.

L'objectif initial de ce travail était de jeter les bases d'un réseau "qualité" en exercice libéral de médecine physique et de réadaptation. Nous voyons à travers ces conclusions que ce réseau pourrait procéder d'un volontariat des médecins à s'engager dans un processus d'amélioration de la qualité à travers la mise en œuvre de recommandations contenues dans le "référentiel de moyens des cabinets libéraux de médecine physique et de réadaptation". Pour aider ces médecins à atteindre les objectifs, il convient de leur assurer une formation à la réglementation, de mettre à leur disposition les moyens d'améliorer le niveau d'équipement de leur cabinet et d'adapter leur pratique aux recommandations du référentiel. Ces actions d'aide et de formation s'inscrivent *PARFAITEMENT dans les objectifs du FAQSV* et ont d'autant plus de chances d'être productives que nombreux sont encore les médecins qui s'inscrivent dans une perspective de projets d'avenir.

Il semble opportun de créer les conditions d'un recentrage de l'activité des médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation par la mise en œuvre d'une nomenclature adaptée à leur exercice en soins de ville. Dans ce sens, il convient de permettre rapidement l'utilisation de l'acte "*bilan et plan de soins en médecine physique et de réadaptation*" par la publication d'un arrêté de nomenclature et de réintroduire dans la CCAM la "*consultation médico-technique d'appareillage*" qui y avait été décrite par le panel d'experts de la spécialité et qui en a été retiré sans explications.