

Parcours de soins en MPR :
Le patient après rupture de coiffe des rotateurs opérée
Groupe SOFMER-FEDMER

Le présent document fait partie des documents élaborés par la Société Française (SOFMER) et la Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation (FEDMER) dont l'objectif est d'apporter des arguments dans les discussions concernant la future tarification à l'activité en Soins de Suite et de Réadaptation (SRR), en proposant d'autres modes d'approche, complémentaires de la tarification à l'acte. Ces documents appelés « parcours » décrivent globalement : les besoins des patients par typologies, les objectifs d'un parcours de soins en MPR et proposent les moyens humains et matériels à mettre en œuvre. Ils sont volontairement courts pour être aisément lus et utilisables.

Pour autant le Parcours de Soins n'est pas qu'un simple outil pouvant être utile à la tarification, il est bien plus que cela : il participe à définir le véritable contenu des champs de compétence de notre spécialité. Pour chaque pathologie abordée, les patients sont d'abord groupés en grandes catégories selon la sévérité de leurs déficiences, puis chaque catégorie est déclinée selon la Classification Internationale du Fonctionnement, en fonction de différents paramètres personnels ou environnementaux susceptibles d'influencer la réalisation du parcours de base « optimum ».

Les patients après chirurgie de la coiffe des rotateurs sont ainsi présentés en quatre périodes et 2 catégories tenant compte des facteurs personnels et environnementaux.

Population cible:

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

Déroulement du parcours de soins

Principes :

- Le calendrier des soins post-opératoires est lié à l'état pré-opératoire du patient, aux délais de cicatrisation tendineuse et à la technique chirurgicale.
- Les modalités d'organisation des soins tiennent compte de l'état du patient, de l'environnement sanitaire et social du patient.

Le parcours en 4 phases tel que décrit ici correspond aux situations les plus habituelles.

Phase 0 – préopératoire

Objectifs : Conserver ou récupérer les amplitudes articulaires de l'épaule, assurer un maintien de la trophicité musculaire, éduquer le patient à l'auto-mobilisation, à la stabilisation active de la tête humérale et à l'utilisation des voies de passage avant la chirurgie.

Moyens :

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

- Bilan préopératoire analytique et fonctionnel,
- Evaluation des conditions socio-professionnelles,
- Prescription de séances de masso-kinésithérapie (MK) réalisée en soins ambulatoires :
 - o préparation à l'intervention par un travail éducatif comportant 4 à 6 séances de MK
 - o ou travail de récupération d'amplitudes lorsque celui-ci est nécessaire (capsulite rétractile sur lésion de la coiffe) 3 séances de MK par semaine pendant quelques semaines à quelques mois
- Proposition d'orientation pour réaliser la rééducation post-opératoire.

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

Objectifs : Lutte contre la douleur, installation dans l'orthèse et adaptation de celle-ci, récupération de la mobilité passive de l'épaule, dans les plans autorisés par le chirurgien, levée des sidérations musculaires.

Moyens

1. En MCO – suites opératoires immédiates

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

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

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

2. Suites de l'hospitalisation en chirurgie :

2. a. Déficience sans autre problème, la douleur est contrôlée, le patient est autonome avec l'orthèse et a compris les risques pendant cette phase, l'environnement personnel, sanitaire et social le permet :

Soins ambulatoires

- MK 3 à 5 fois par semaine pendant 6 semaines;
- Bilan MK en début et fin de série
- CS MPR à la 6^{ème} semaine post opératoire

2. b. Présence de complications médicales, terrain antérieur pathologique, la douleur n'est pas contrôlée, le patient met en péril la réparation tendineuse ou si l'environnement personnel, sanitaire et social l'imposent :

HC / HTP de SSR Locomoteur (MPR)

- Au moins deux séances de rééducation quotidienne, au moins deux heures par jour réparties parmi les paramédicaux rééducateurs
- Bilan médical MPR et des paramédicaux rééducateurs + coordination pluridisciplinaire

Selon l'état du patient, cette phase peut être prolongée au delà de 6 semaines et le mode de prise en charge peut être modifié.

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

Objectifs : Sevrage de l'orthèse, récupération de la mobilité active de l'épaule sans travail contre résistance, restauration de la fonction du membre supérieur dans les activités de la vie quotidienne.

Moyens :

1. a. Déficience sans autre problème, l'évolution clinique le permet (épaule indolore et souple), l'environnement personnel, sanitaire et social le permet :

Soins ambulatoires

- MK 3 à 5 fois par semaine / 6 semaines
- Bilan MK en début et fin de série
- CS MPR à la 12^{ème} semaine post opératoire

1. b. Présence de complications médicales, terrain antérieur pathologique, la douleur n'est pas contrôlée, limitation de la mobilité ou l'environnement personnel, sanitaire et social l'imposent :

HTP de SSR Locomoteur (MPR) ; exceptionnellement poursuite en HC

- Plus de un type de professionnels de rééducation est requis et au moins deux séances de rééducation quotidienne essentielle pour l'optimisation fonctionnelle
- Bilan MPR et des paramédicaux rééducateurs + coordination pluridisciplinaire
- Rééducation au moins deux heures par jour

Cette phase dure habituellement 3 à 4 semaines.

Selon l'état du patient, cette phase peut être prolongée et le mode de prise en charge peut être modifié.

1.c. Dans certaines situations socio-professionnelles exigeantes, la structure pluridisciplinaire de MPR permet de répondre au mieux aux besoins du patient.

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

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

Moyens :

Soins ambulatoires

- MK 2 à 4 fois par semaine ;
- Bilan MK en début et fin de série
- CS MPR à la fin du 4^{ème} mois et du 6^{ème} mois ;
- Bilan isocinétique à la fin du 6^{ème} mois

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

Références :

- Boissonnault WG, Badke MB, Wooden MJ, Ekedahl S, Fly K. Patient outcome following rehabilitation for rotator cuff repair surgery: the impact of selected medical comorbidities. J Orthop Sports PhysTher.2007; 37:312-9.
- Delbrouck C, DautyM, HuguetD, DuboisC. Rééducation des ruptures de coiffe de l'épaule opérées : prise en charge en hospitalisation en internat ou en hospitalisation de jour (à propos de 76 observations) Ann. Réadapt.Méd. Phys. 2003 ; 46:207-213
- HAS janvier 2008 Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après Chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule –Recommandations professionnelles.
- Parsons BO, Gruson KI, Chen DD, Harrison AK, Gladstone J, Flatow EL. Does slower rehabilitation after arthroscopic rotator cuff repair lead to long-term stiffness? J ShoulderElbowSurg. 2010;19:1034-9.
- Critères de prise en charge en MPR, groupe Rhône Alpes et FEDMER décembre 2008.
http://www.sofmer.com/download/sofmer/criteres_pec_mpr_1208.pdf

Lexique

- CS consultation
- MK masso-kinésithérapie
- MPR médecine physique et de réadaptation
- SPO suites opératoires
- HTC : hospitalisation complète
- HTP hospitalisation à temps partiel (= Hospitalisation De Jour HDJ)
- Soins ambulatoires : séances de MK réalisées à l'acte en libéral au domicile du patient ou au cabinet du MK ou sur un plateau technique d'un établissement de santé public ou privé permettant éventuellement un accès facilité à d'autres avis professionnels.