

Parcours de soins en MPR
**« Le patient après fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus
traitée par arthroplastie humérale »**
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 médecine physique et de réadaptation (MPR) et proposent les moyens humains et matériels à mettre en œuvre. Les premiers parcours élaborés sont disponibles sur le site de la SOFMER (www.sofmer.com) et publiés [1, 4, 9, 11, 12, 13, 14, 15]. Ils sont volontairement courts pour être aisément lus et utilisables. Ils s'appuient sur l'avis du groupe d'expert signataire après analyse des textes règlementaires et recommandations en vigueur en France [5, 7, 10] et de la littérature [2, 3, 6, 8] validés par le conseil scientifique de la SOFMER.

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 du Handicap et de la Santé (CIFHS), en fonction de différents paramètres personnels ou environnementaux susceptibles d'influencer la réalisation du parcours de base « optimum ».

Les patients bénéficiant d'une arthroplastie d'épaule pour fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus sont ainsi présentés en quatre périodes et 2 catégories tenant compte des facteurs personnels et environnementaux.

Population cible:

Patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et bénéficiant d'une arthroplastie humérale.

Déroulement du parcours de soins

Principes :

- Le calendrier des soins post-opératoires est lié à l'état antérieur au traumatisme et aux conditions pré-opératoires (lésions associées au traumatisme) du patient, aux délais de consolidation osseuse, à la technique chirurgicale et aux implants utilisés.
- Les modalités d'organisation des soins tiennent compte de l'état du patient, de l'environnement sanitaire et social du patient.

Le parcours tel que décrit correspond aux situations les plus habituelles.

On distingue deux catégories et 4 phases

- *Catégorie 1* : une seule déficience;
- *Catégorie 2* : plusieurs déficiences.

Chaque catégorie peut être déclinée de 6 façons :

- a : déficiences sans difficulté ajoutée ;
- b : nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement ;
- c : inadaptation ou insuffisance du réseau médical ;
- d : difficultés sociales ;
- e : projet professionnel ;
- f : pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle.

1. Catégorie 1 : une seule déficience

1 a : Déficience sans difficulté ajoutée :

1. a.1. Phase préopératoire

Cette phase, habituellement reconnue dans les parcours de soins en suite chirurgicale, est dans ce contexte traumatique, souvent réduite, conditionnée par l'état clinique du patient. Elle est le plus souvent réalisée par l'équipe chirurgicale en unité d'orthopédie.

Cependant, certains objectifs restent présents, bien que difficiles à mettre en place ou à réaliser :

- informations sur les suites opératoires dans le cadre d'un projet collaboratif de rééducation avec le chirurgien et le médecin MPR ;
- bilan pré-opératoire analytique et évaluation des conditions socio-professionnelles dans un but de pronostic fonctionnel et d'orientation ;
- proposition d'une orientation pour réaliser la rééducation post-opératoire et assurer la réadaptation fonctionnelle.

1. a.2. Phase 1 –Rééducation de la 1^{ère} à la 4^{ème} semaine post-opératoire, le patient est immobilisé.

Objectifs : Lutte contre la douleur, installation dans l'orthèse et adaptation de celle-ci, entretien de la mobilité du coude, du poignet et des doigts, adaptations pour les activités de la vie quotidienne.

Moyens :

En chirurgie – suites opératoires immédiates

- Bilan masso-kinésithérapique (MK) et soins MK quotidiens.
- Bilan ou consultation MPR (recommandé en cas de contexte clinique ou environnemental complexe du patient).

Au décours de l'hospitalisation en chirurgie

Soins ambulatoires

- MK 2 à 3 fois par semaine pendant 4 semaines;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- Consultation de chirurgie à la 4^{ème} semaine post-opératoire.

1. a.3. Phase 2 de la 4^{ème} à la 6^{ème} semaine post-opératoire : (consolidation des tubérosités à la 6^{ème} semaine).

Objectifs :

Récupération de la mobilité passive de l'épaule, lutte contre la douleur.

Moyens :

Soins ambulatoires

- MK 5 fois par semaine (soit quotidienne) pendant 2 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- consultation MPR entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine (recommandé en cas de contexte clinique ou environnemental complexe du patient, et d'évolution défavorable).

1. a.4. Phase 3 à partir de la 7^{ème} semaine post-opératoire (consolidation des tubérosités acquise) jusqu'à la 12^{ème} semaine post-opératoire (à titre indicatif).

Objectifs :

Sevrage de l'orthèse, récupération de la mobilité active de l'épaule, restauration de la fonction du membre supérieur dans les activités de la vie quotidienne.

Moyens :

Soins ambulatoires

- MK 5 fois par semaine pendant 6 à 8 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- Consultation MPR à la 12^{ème} semaine post opératoire ;
- Poursuite de la kinésithérapie 3 fois par semaine tant que le patient progresse.

Les séances de MK cessent quand à deux consultations de MPR à 4 à 6 semaines d'intervalle le patient ne progresse plus.

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 post-opératoire.

1. b. Nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Dans certaines situations d'environnement architectural personnel ne permettant pas un retour à domicile d'emblée : une hospitalisation en SSR polyvalent peut être nécessaire pendant un mois environ, au terme de laquelle le patient est transféré en SSR spécialisé en appareil locomoteur.

1. c. Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Dans certaines situations d'éloignement des structures de soins (accès à des soins de MK) ou dans l'impossibilité de soins de MK ambulatoire intensif (MK quotidienne), une hospitalisation en SSR polyvalent peut être nécessaire pendant un mois environ, au terme de laquelle le patient est transféré en SSR spécialisé en appareil locomoteur, ou une prise en

charge en SSR spécialisé en appareil locomoteur est envisagée à partir de la phase 2 de récupération des amplitudes.

1. d. Difficultés sociales :

Dans certaines situations d'isolement social une hospitalisation en SSR polyvalent peut être nécessaire pendant un mois environ au terme de laquelle le patient est transféré en SSR spécialisé en appareil locomoteur.

1. e. Projet professionnel : situation envisagée très exceptionnelle

Objectifs : renforcement musculaire adapté, réentraînement à l'effort, évaluation ergothérapeutique, ergonomique et adaptation du poste de travail, si nécessaire chez un sujet jeune en activité professionnelle.

La consultation MPR à la 12^{ème} semaine est dans ce contexte très utile pour définir cet objectif et mettre en place cette orientation.

Moyens : une hospitalisation de préférence à temps partiel en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) peut être nécessaire pendant 6 semaines environ associant entre autre masso-kinésithérapie et ergothérapie.

1. f. Complications médicales post-opératoires :

Certaines complications médicales post-opératoires (intensification de la douleur, syndrome douloureux régional complexe (SDRC), limitation articulaire, limitation fonctionnelle, sepsis, hématome, défaut de cicatrisation...) peuvent imposer le transfert en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) pendant 4 à 8 semaines, pour une prise en charge intensive et pluridisciplinaire.

2. Catégorie 2 : plusieurs déficiences et arthroplastie d'épaule

Populations principalement concernées :

Patient aux antécédents d'autres arthroplasties, de polyarthrite rhumatoïde, d'insuffisance cardio-respiratoire, d'hémiplégie, de poliomyélite, de maladie de parkinson, de démence...

2. a. Déficiences sans difficulté ajoutée :

2. a.1. Phase préopératoire ; lorsque cela est possible.

Objectifs :

Travail d'information sur les suites opératoires dans le cadre d'un projet collaboratif avec le chirurgien.

Evaluation clinique globale pré-opératoire, pour prévenir certaines complications ou aggravations de symptômes notamment neurologiques (par exemple troubles du tonus).

Moyens :

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

- Bilan préopératoire analytique et fonctionnel,
- Evaluation des conditions socio-professionnelles,
- Proposition d'orientation pour réaliser la rééducation post-opératoire.

2. a.2. Phase 1 – Rééducation de la 1^{ère} à la 4^{ème} semaine post-opératoire, le patient est immobilisé.

Objectifs :

Lutte contre la douleur, installation dans l'orthèse et adaptation de celle-ci, entretien de la mobilité du coude, du poignet et des doigts, adaptations pour les activités de la vie quotidienne

Contrôle de l'état clinique et gestion des pathologies associées.

Moyens :

En chirurgie – suites opératoires immédiates

Consultation 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.

Bilan MK et soins de MK quotidiens.

Au décours de l'hospitalisation en chirurgie :

Le plus souvent une hospitalisation à temps complet en SSR polyvalent est nécessaire pendant un mois environ, au terme de laquelle le patient est transféré en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR).

2. a.3. Phase 2 de la 4^{ème} à la 6^{ème} semaine post-opératoire : (consolidation des tubérosités à la 6^{ème} semaine).

Objectifs :

Récupération de la mobilité passive de l'épaule, lutte contre la douleur.

Contrôle de l'état clinique et gestion des pathologies associées.

Moyens :

Le plus souvent hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR)

- Au moins deux séances de rééducation, au moins deux heures par jour réparties parmi les paramédicaux rééducateurs ;

Bilan médical MPR et des paramédicaux rééducateurs + coordination interdisciplinaire.

2. a.4. Phase 3 à partir de la 7^{ème} semaine post-opératoire (consolidation des tubérosités acquise) jusqu'à la 12^{ème} semaine post-opératoire (à titre indicatif).

Objectifs :

Sevrage de l'orthèse, récupération de la mobilité active de l'épaule, restauration de la fonction du membre supérieur dans les activités de la vie quotidienne.

La prise en charge en hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) est poursuivie jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne.

Le mode de prise en charge peut alors être modifié si l'environnement personnel, sanitaire et

social le permet.

Le patient bénéficie :

- d'une hospitalisation à temps partiel en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR)

Tant que les douleurs sont mal contrôlées, qu'il existe une raideur d'épaule et un déficit musculaire, et si :

- Plus d'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 interdisciplinaire ;
- Rééducation au moins deux heures par jour.

Selon l'état du patient, ce mode de prise en charge peut être prolongé au-delà de la 12^{ème} semaine (à titre indicatif) et le mode de prise en charge peut être modifié.

- de soins ambulatoires

si l'évolution analytique et fonctionnelle est favorable

- MK 5 fois par semaine (soit quotidienne) pendant 4 à 6 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- Consultation MPR au 4^{ème} mois post-opératoire ;
- Poursuite de la kinésithérapie 3 fois par semaine tant que le patient progresse.

Les séances de MK cessent quand à deux consultations de MPR à 4 à 6 semaines d'intervalle le patient ne progresse plus.

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 post-opératoire.

2. b. Nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, jusqu'à la 9^{ème} - 10^{ème} semaine (à titre indicatif).

2. c. Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne et tant que le patient progresse, jusqu'à la 12^{ème} semaine (à titre indicatif).

2. d. Difficultés sociales :

Certaines situations peuvent nécessiter en plus une hospitalisation en SSR polyvalent ou en SSR pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance, avant le retour au domicile antérieur (SSR de proximité).

2. e. Projet professionnel : situation envisagée tout à fait exceptionnelle

Si un projet professionnel est maintenu, la poursuite de la rééducation en hospitalisation à temps partiel en SSR spécialisé en appareil locomoteur au-delà du 4^{ème} mois (à titre indicatif) est souvent nécessaire pendant 4 à 6 semaines, d'autant plus que s'associe un état antérieur ou d'autres conditions pathologiques.

La consultation MPR à la 12^{ème} semaine est dans ce contexte très utile pour définir cet objectif et mettre en place cette orientation si la prise en charge a été effectuée en ambulatoire.

2. f. Pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle :

Certaines situations médicales peuvent nécessiter la prolongation de l'hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur avant le retour au domicile antérieur.

D'autres situations peuvent nécessiter un changement de projet de vie avec pour l'initier un passage en SSR pour personnes âgées polypathologiques et à risque de dépendance ou SSR polyvalent (SSR de proximité).

Références

- [1] Albert T. Beuret-Blanquart F., le Chapelain L., Fattal C., Goossens D., Rome J., Yelnik AP., Perrouin-Verbe B. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Patients after spinal cord injury" *Ann Phys Rehabil Med*. 2012. A paraître
- [2] Boileau P. Caligaris-Cordero B., Payeur F., Tinsi L. , Argenson C. Facteurs pronostiques au cours de la rééducation après prothèses d'épaule pour fracture. *Revue de chirurgie orthopédique* 1999; 85: 106-116.
- [3] Brotzman B., Wilk K. Rehabilitation after shoulder arthroplasty *in Handbook of Orthopaedic Rehabilitation* 2007; 343-349. Mosby (2nd Ed).
- [4] Calmels P, Ribinik P, Barrois B, Le Moine F, Yelnik AP. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Patients after knee ligament surgery". *Ann Phys Rehabil Med*. 2011 Nov; 54(8):501-5.
- [5] 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
- [6] Handoll HHG, Ollivere BJ. Interventions for treating proximal humeral fractures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD000434. DOI: 10.1002/14651858.CD000434.pub2.
- [7] HAS janvier 2008 – Recommandations professionnelles: 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.
- [8] Mighell M., Kolm G., Collinge C., Frankle M. Outcomes of hemiarthroplasty for fractures of the proximal humerus. Original Research Article. *Journal of Shoulder and Elbow Surg.* 2003, 12, 6,569-577.
- [9] Pradat-Diehl P., Joseph PA., Beuret-Blanquart F., Luauté J., Tasseau F., Remy-Neris O., Azouvi P., Yelnik AP., Mazaux JM. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Patients after severe head injury" *Ann Phys Rehabil Med*. 2012. A paraître.
- [10] Recommandations de la HAS, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. HAS, Mars 2006. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Art29.pdf>
- [11] Ribinik P., Calmels P., Barrois B., Le Moine F., Yelnik AP. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Patients after rotator cuff tear surgery". *Ann Phys Rehabil Med*. 2011 Nov; 54(8):496-500.

[12] Ribinik P., Le Moine F., De Korvin G., Coudeyre E., Genty M., Rannou F., Yelnik AP., Calmels P. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Patients after total hip arthroplasty". Ann Phys Rehabil Med. 2012. A paraître.

[13] Ribinik P., Le Moine F., De Korvin G., Coudeyre E., Genty M., Rannou F., Yelnik AP., Calmels P. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Patients after total knee arthroplasty". Ann Phys Rehabil Med. 2012. A paraître.

[14] Yelnik AP., Le Moine F., Sengler J., Joseph PA. Care pathways in physical and rehabilitation medicine. Ann Phys Rehabil Med. 2011 Nov; 54(8):463-4.

[15] Yelnik AP., Schnitzler A., Pradat-Diehl P., Sengler J., Devailly JP., Dehail P., D'Anjou MC., Rode G. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Stroke patients". Ann Phys Rehabil Med. 2011 Nov; 54(8):506-18.

Lexique

- MK masso-kinésithérapie
- MPR médecine physique et de réadaptation
- 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.