

Parcours de soins en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) :

« Le patient après un traumatisme osseux ou ostéo-articulaire du/des membres inférieurs»

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 [12, 13]. 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. Ils s'appuient sur l'avis du groupe d'experts signataires, après analyse des textes réglementaires et recommandations en vigueur en France et de la littérature [3, 5, 7] 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 ».

Ainsi différents parcours après affections du système nerveux ou après affections de l'appareil locomoteur ont été publiés [1, 2, 4, 6, 8-11, 14].

Les patients après traumatisme osseux ou ostéo-articulaire sont présentés en quatre phases et 3 catégories cliniques, chacune étant traitée selon les 7 mêmes paramètres de modulateurs tenant compte, selon la Classification Internationale du Fonctionnement, des facteurs personnels et environnementaux pouvant influencer les besoins.

Population cible:

Les patients ayant présenté un traumatisme osseux ou ostéo-articulaire fermé ou ouvert au(x) membre(s) inférieur(s) et pour lesquels les médecins de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) peuvent ou doivent être sollicités:

- Fractures du fémur ostéosynthésées ;
- Fracture ostéosynthésée au-dessus ou en dessous d'une arthroplastie ou entre deux arthroplasties ;
- Fracture de l'extrémité supérieure du tibia ostéosynthésée ;
- Fracture bi malléolaire ostéosynthésée ;
- Fracture du calcanéum traitée fonctionnellement ou ostéosynthésée ;
- Fractures plurifocales ostéosynthésées, avec éventuelle atteinte des membres supérieurs ;
- Fractures et lésions neurologiques périphériques associées, en dehors de tout antécédent neurologique ;
- Fractures et lésions tendineuses ou ligamentaires associées (appareil extenseur, Achille) ;
- Fractures chez un patient avec pathologie neurologique.

Ne sont pas compris dans ce parcours les traumatismes du bassin, les brûlures, les amputations, les lésions ligamentaires du genou isolées [2], les lésions ligamentaires de cheville isolées, les fractures traitées par arthroplastie.

Déroulement du parcours de soins

Principes :

- Le calendrier des soins est lié à l'état antérieur au traumatisme, aux comorbidités, aux lésions associées, aux délais de consolidation osseuse, de cicatrisation tendineuse /musculaire/cutanée et à la technique chirurgicale quand le patient est opéré.
- Les modalités d'organisation des soins tiennent compte de l'état du patient et de son environnement sanitaire et socio-professionnel.

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

On distingue trois catégories et 4 phases

- ***Catégorie 1 : une seule déficience***

- Fracture ou fracture –luxation ;
- Fracture diaphysaire ou de l'extrémité inférieure du fémur ostéosynthésée ;
- Fracture de l'extrémité supérieure du tibia ostéosynthésée ;
- Fracture bi malléolaire ostéosynthésée ;
- Fracture du calcanéum traitée fonctionnellement ou ostéosynthésée.

- ***Catégorie 2 : plusieurs déficiences sans handicap neurologique antérieur:***

- Au moins deux fractures et/ou luxation(s) isolée(s) ou non ;
- Fracture ostéosynthésée au-dessus ou en dessous d'une arthroplastie ou entre deux arthroplasties ;
- Fracture et/ou luxation avec une lésion neurologique associée et/ou une lésion tendineuse associée ;
- Fractures en contexte septique.
- Fracture dans un contexte de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthropathie inflammatoire, de néoplasie avec fracture métastatique, d'insuffisance cardio-respiratoire.

- ***Catégorie 3 : fracture(s) chez une personne présentant un handicap d'origine neurologique antérieur à la fracture (hémiplégie, poliomyélite, paraplégie, parkinson, SEP...).***

Chaque catégorie peut être modulée de 7 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 ;
- g : pathologie psychiatrique antérieure.

1. Catégorie 1 : une seule déficience

1 a : Déficience sans difficulté ajoutée ;

1. a.1. Phase 1 post-traumatique /préopératoire

Sauf exception le médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) n'intervient pas et la relation entre le chirurgien et le kinésithérapeute doit suffire.

Cette phase 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 :

- Informations sur le choix thérapeutique et les suites opératoires ;
- Bilan pré-thérapeutique analytique et évaluation des conditions socio-professionnelles, établissement du pronostic fonctionnel;
- Proposition d'orientation éventuelle pour réaliser la kinésithérapie.

1. a.2. Phase 2 –Rééducation en phase aigüe de la 1^{ère} à la 6^{ème} semaine post-opératoire, Rééducation et Réadaptation à la vie quotidienne

Le patient a une immobilisation amovible ou une immobilisation stricte

Objectifs : Lutte contre la douleur, installation dans l'orthèse d'immobilisation et adaptation de celle-ci, surveillance sous immobilisation (plâtre ou orthèse), prévention ou limitation de la raideur articulaire, levée des sidérations musculaires, adaptations pour les activités de la vie quotidienne (déplacements avec aides de marche et fauteuil roulant).

Moyens :

En chirurgie

Evaluation et prescriptions par l'équipe médico (MPR)_chirurgicale :

- Analyse des besoins de rééducation ;
- 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 (MK).

Au décours de l'hospitalisation en chirurgie :

Pour les patients ayant présenté une fracture ostéosynthésée à risque de raideur postopératoire:

- Fracture de l'extrémité inférieure du fémur,
- Fracture complexe de l'extrémité supérieure du tibia.

Les soins sont dispensés en service de MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel si l'environnement personnel le permet ou en soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance (SSRPAD) à temps complet selon l'âge et le niveau de comorbidité.

L'hospitalisation cesse quand le patient est autonome et a atteint au genou un secteur de mobilité d'au moins 0°/0°/95°.

Le patient poursuit la kinésithérapie en soins ambulatoires.

Les autres patients, qui retournent au domicile, bénéficient de soins ambulatoires :

- MK 2 à 3 fois par semaine pendant 6 semaines pour les patients immobilisés strictement,
- MK 5 fois par semaine pendant 6 semaines pour les patients avec immobilisation amovible,
- Bilan MK en début et fin de série,
- Consultation de chirurgie à la 6^{ème} semaine post-traumatique/post-opératoire.

1. a.3. Phase 3 de la 7^{ème} semaine au 3eme mois post-traumatique /post-opératoire: (délai de consolidation osseuse).

Objectifs:

Récupération de la mobilité articulaire, lutte contre la douleur, sevrage de l'orthèse /ou levée de l'immobilisation /et remise en charge progressive si le chirurgien l'autorise, renforcement musculaire, reprogrammation neuro-motrice, travail de l'équilibre et de la marche.

Moyens :

Soins ambulatoires

- MK 3 à 5 fois par semaine pendant 6 semaines;
- Bilan MK en début et fin de série;

- Consultation de chirurgie entre la 10^{ème} et la 12^{ème} semaine.

1. a.4. Phase 4 à partir du 4^{ème} mois post-opératoire (consolidation osseuse acquise) jusqu'au 5^{ème} mois post-opératoire (à titre indicatif).

Objectifs:

Réentraînement à l'effort, réadaptation au geste fonctionnel, réadaptation au geste professionnel et /ou sportif, selon le projet du patient.

Moyens:

Soins ambulatoires

- MK 2 à 3 fois par semaine pendant 4 à 6 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;

Les séances de MK cessent lorsque les objectifs fonctionnels sont atteints (marche sur terrain stable et instable, montée et descente des escaliers, geste professionnel, geste sportif).

Dans les situations les plus habituelles il n'est pas nécessaire de poursuivre la kinésithérapie au-delà du 6^{ème} mois post-opératoire sauf complications.

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 :

- si le patient a une immobilisation stricte, une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance (SSRPAD) selon l'âge et le niveau de comorbidité ou en SSR polyvalent peut être nécessaire pendant la durée de l'immobilisation.

Au terme de l'immobilisation le patient poursuit la rééducation soit au SSRPAD selon l'âge et le niveau de comorbidité, soit en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) à la sortie du SSR polyvalent.

- si le patient a une immobilisation amovible le patient est transféré soit en soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance (SSRPAD) selon l'âge et le niveau de comorbidité, ou en MPR (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 prise en charge en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) ou en soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance (SSRPAD) selon l'âge et le niveau de comorbidité s'impose.

1. d. Difficultés sociales :

Dans certaines situations d'isolement social et si le patient a une immobilisation stricte, une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance (SSRPAD) selon l'âge et le niveau de comorbidité ou en SSR polyvalent s'impose pendant la durée de l'immobilisation.

Au terme de l'immobilisation le patient poursuit la rééducation soit au SSRG selon l'âge et le niveau de comorbidité soit en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) à la sortie du SSR polyvalent.

1. e. Projet professionnel : à partir du 4^{ème} mois (phase 4);

Objectifs : renforcement musculaire adapté, réentraînement à l'effort, évaluation ergonomique et adaptation du poste de travail, si nécessaire chez un sujet jeune en activité professionnelle (démarche précoce d'insertion socio-professionnelle).

Moyens : une hospitalisation de préférence à temps partiel en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) peut être nécessaire pendant 4 semaines environ.

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

1. f. Pathologie médicale antérieure ayant une incidence fonctionnelle ou complications médicales post-opératoires :

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

de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) selon l'âge et le niveau de comorbidité.

2. Catégorie 2 : plusieurs déficiences sans handicap neurologique antérieur

Une consultation et un suivi MPR sont recommandés dans ces situations.

2. a. Déficiences sans difficulté ajoutée ;

2. a.1. Phase 1 post-traumatique / préopératoire; lorsque cela est possible le médecin MPR intervient.

Objectifs :

Travail d'information sur le choix thérapeutique et les suites opératoires.

Evaluation clinique globale pré-opératoire, pour prévenir certaines complications.

Moyens :

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

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

2. a.2. Phase 2 –Rééducation en phase aigüe de la 1^{ère} à la 6^{ème} semaine post-opératoire, Rééducation et Réadaptation à la vie quotidienne.

Le patient a une immobilisation amovible ou une immobilisation stricte

Objectifs : Lutte contre la douleur, installation dans l'orthèse et adaptation de celle-ci, surveillance sous immobilisation, prévention ou limitation de la raideur articulaire, levée des

sidérations musculaires, adaptations pour les activités de la vie quotidienne (déplacements avec aides de marche quand cela est possible et fauteuil roulant adapté).

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

Moyens :

En chirurgie

Consultation MPR:

- 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 MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) est nécessaire et 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 ensuite être modifié si l'environnement personnel, sanitaire et social le permet :

- Soit hospitalisation à temps partiel en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) tant que les douleurs sont mal contrôlées, qu'il existe une raideur et un déficit musculaire, et si sont requis :

- Plus d'un type de professionnels de rééducation et au moins deux séances de rééducation quotidienne, au moins deux heures, essentielles pour l'optimisation fonctionnelle ;
- Bilan MPR et des paramédicaux rééducateurs + coordination interdisciplinaire.et multidisciplinaire

Selon l'état du patient, ce mode de prise en charge peut être prolongé au-delà de la 6^{ème} semaine (à titre indicatif) ou le mode de prise en charge peut être modifié : lorsque

l'évolution fonctionnelle le permet, le patient poursuit la prise en charge en soins ambulatoires.

- Soit soins ambulatoires (situation rare)

- MK 5 fois par semaine pendant 6 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- Consultation de chirurgie à la 6^{ème} semaine post-traumatique/ post-opératoire ;
- Consultation MPR à la 6^{ème} semaine post-traumatique/ post-opératoire pour adapter le programme de rééducation en fonction des consignes du chirurgien et de l'évolution du patient.

2. a.3. Phase 3 de la 7^{ème} semaine au 3^{ème} mois post-traumatique /post-opératoire: (délai de consolidation osseuse).

Objectifs:

Récupération de la mobilité articulaire, lutte contre la douleur, sevrage de l'orthèse /ou levée de l'immobilisation /et remise en charge progressive si le chirurgien l'autorise, renforcement musculaire, reprogrammation neuro-motrice, travail de la marche.

Contrôle de l'état clinique, traitement des déficiences et des pathologies associées.

Moyens :

Hospitalisation à temps complet en MPR ou à temps partiel selon l'environnement (SSR spécialisé en appareil locomoteur) ou en SSRPAD

2. a.4. Phase 4 à partir du 4^{ème} mois post-opératoire (consolidation osseuse acquise) jusqu'au 5^{ème} mois post-opératoire (à titre indicatif).

Objectifs:

Réentraînement à l'effort, réadaptation au geste fonctionnel, sportif, réadaptation au geste professionnel.

Moyens:

Soins ambulatoires

- MK 3 fois par semaine pendant 6 à 8 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- Consultation MPR au 4^{ème} mois post-traumatique/post opératoire;
- Poursuite de la kinésithérapie 3 fois par semaine tant que le patient progresse.

Les séances de MK cessent lorsque les objectifs fonctionnels sont atteints (marche sur terrain stable et instable, montée et descente des escaliers, geste professionnel, geste sportif).

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 sauf complications.

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

L'hospitalisation en MPR peut être prolongée jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne. Une hospitalisation en SSR polyvalent en attendant les autorisations d'appui est ensuite souvent nécessaire.

Certains patients, en raison de leur âge et de leur niveau de comorbidité nécessitent une hospitalisation en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) en attendant les autorisations d'appui.

La phase de remise en charge et de travail de la marche est ensuite réalisée en MPR ou en SSRPAD selon l'état général du patient.

2. c. Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Hospitalisation à temps complet en MPR jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, au décours de laquelle une hospitalisation en SSR polyvalent en attendant les autorisations d'appui est souvent nécessaire.

Certains patients, en raison de leur âge et de leur niveau de comorbidité nécessitent une hospitalisation en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) en attendant les autorisations d'appui.

La phase de remise en charge et de travail de la marche est ensuite réalisée en MPR ou en SSRPAD selon l'état général du patient.

2. d. Difficultés sociales :

Certaines situations peuvent nécessiter en attendant les délais de remise en charge puis au terme de la remise en charge une hospitalisation en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) selon l'âge et le niveau de comorbidité , ou en SSR polyvalent avant le retour au domicile antérieur (SSR de proximité).

2. e. Projet professionnel : à partir du 4^{ème} mois (phase 4); démarche précoce d'insertion professionnelle.

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

Moyens : une hospitalisation de préférence à temps partiel en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) peut être nécessaire pendant 6 semaines environ.

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

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

Certaines situations médicales peuvent nécessiter la prolongation de l'hospitalisation à temps complet en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) ou en SSRPAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) avant le retour au domicile antérieur.

D'autres situations conduisent à un changement de projet de vie à organiser avec le patient et sa famille.

2. g Pathologie psychiatrique antérieure influant sur le projet thérapeutique ou tentative

d'autolyse: ces situations peuvent nécessiter une hospitalisation à temps complet dans un service ayant une activité transdisciplinaire associant MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) et Psychiatrie.

3. Catégorie 3 : fracture chez une personne présentant un handicap d'origine neurologique (hémiplégie, poliomyélite, paraplégie, parkinson, SEP, paralysie cérébrale, maladie neuro-musculaire, neuropathie chronique, démence...)

Une consultation pré-opératoire de MPR et un suivi MPR sont fortement recommandés dans ces situations.

3. a Déficiences liées au traumatisme qui s'ajoutent au handicap neurologique initial

3. a.1. Phase 1 post-traumatique/préopératoire; lorsque cela est possible.

Objectifs :

Discussion, dans le cadre d'un projet collaboratif avec le chirurgien, des choix thérapeutiques dont l'objectif est l'immobilisation la plus courte possible et la restauration ad integrum des axes antérieurs.

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

Moyens :

Consultation par le médecin MPR très fortement recommandée :

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

3. a.2. Phase 2 –Rééducation en phase aigüe de la 1^{ère} à la 6^{ème} semaine post-opératoire, Rééducation et Réadaptation à la vie quotidienne.

Le patient a une immobilisation amovible ou une immobilisation stricte

Objectifs : Lutte contre la douleur, installation dans l'orthèse et adaptation de celle-ci, ou surveillance sous plâtre, prévention ou limitation de la raideur articulaire, levée des

sidérations musculaires, adaptations pour les activités de la vie quotidienne (déplacements avec aides de marche quand cela est possible et fauteuil roulant adapté).

Contrôle de l'état clinique et traitement des pathologies associées en particulier des troubles du tonus musculaire.

Moyens :

En chirurgie :

Consultation MPR:

- Analyse des besoins de rééducation et réadaptation ;
- Décision d'orientation pour réaliser la rééducation (importance de l'état antérieur) ;
- Prescription de la rééducation.

Bilan MK et soins de MK quotidiens.

Au décours de l'hospitalisation en chirurgie :

Initialement une hospitalisation à temps complet en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur ou SSR spécialisé en affection du système nerveux) ou en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) s'il s'agit d'une personne âgée fragile avec un handicap neurologique préexistant, est nécessaire pour la préservation du potentiel physique général et pour l'assistance à l'autonomie. Elle est poursuivie jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne.

Ensuite le mode de prise en charge peut être modifié si l'environnement personnel, sanitaire et social le permet avec poursuite des soins de rééducation :

- Soit soins ambulatoires
 - MK 3 à 5 fois par semaine pendant 6 semaines ;
 - Bilan MK en début et fin de série ;
 - Consultation de chirurgie à la 6^{ème} semaine post-traumatique/post-opératoire ;
 - Consultation MPR à la 6^{ème} semaine post-traumatique/ post-opératoire.
- Soit hospitalisation à temps partiel en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur

ou SSR spécialisé en affections du système nerveux) tant que les douleurs sont mal contrôlées, qu'il existe une raideur et un déficit musculaire.

Ce mode de prise en charge peut être prolongé au-delà de la 6^{ème} semaine (à titre indicatif) et le mode de prise en charge peut être modifié selon l'évolution du patient.

3. a.3. Phase 3 de la 7^{ème} semaine au 3^{ème} mois post-traumatique /post-opératoire: (délai de consolidation osseuse).

Objectifs:

Récupération des mobilités articulaires, lutte contre la douleur, sevrage de l'orthèse /ou levée de l'immobilisation /et remise en charge progressive si le chirurgien l'autorise, renforcement musculaire, reprogrammation neuro-motrice, travail de la marche.

Contrôle de l'état clinique et traitement des déficiences et des pathologies associées.

Le travail de remise en charge prudent et progressif peut nécessiter la poursuite ou la reprise de l'hospitalisation.

Moyens :

Le plus souvent, poursuite ou reprise de hospitalisation à temps complet en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur ou SSR spécialisé en affections du système nerveux) ou en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) selon l'âge et le niveau de comorbidité en attendant les autorisations d'appui. La phase de remise en charge et de travail de la marche est ensuite réalisée en MPR ou en SSRPAD selon l'état général du patient.

3. a.4. Phase 4 à partir du 4^{ème} mois post-opératoire (consolidation osseuse acquise) jusqu'au 5^{ème} mois post-opératoire (à titre indicatif).

Objectifs:

Travail de la marche, réentraînement à l'effort, réadaptation au geste professionnel si le patient travaille encore.

Moyens:

Soins ambulatoires

- MK 3 fois par semaine pendant 6 à 8 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- Consultation MPR au 4^{ème} mois post opératoire/ post-traumatique ;
- Poursuite de la kinésithérapie 3 fois par semaine tant que le patient progresse.

La kinésithérapie est interrompue quand à deux consultations de MPR à 4 à 6 semaines d'intervalle, le patient ne progresse plus sur le plan fonctionnel (restauration des activités antérieures à l'accident).

Dans les situations les plus habituelles, il est souvent nécessaire d'assurer un suivi MPR au-delà du 6^{ème} mois post-opératoire.

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

Prolongation de l'hospitalisation en MPR jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, au décours de laquelle une hospitalisation en SSR polyvalent en attendant les autorisations d'appui est souvent nécessaire.

Certains patients, en raison de leur âge et de leur niveau de comorbidité nécessitent une hospitalisation en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) en attendant les autorisations d'appui.

La phase de remise en charge et de travail de la marche est alors, ensuite réalisée en MPR ou en SSRPAD selon l'état général du patient.

3.c. Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Prolongation de l'hospitalisation en MPR jusqu'à l'acquisition par le patient de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, au décours de laquelle une hospitalisation en SSR polyvalent en attendant les autorisations d'appui est souvent nécessaire.

Certains patients, en raison de leur âge et de leur niveau de comorbidité nécessitent une hospitalisation en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) en attendant les autorisations d'appui.

La phase de remise en charge et de travail de la marche est ensuite réalisée en MPR ou en SSRPAD selon l'état général du patient.

3. d. Difficultés sociales :

Le plus souvent, poursuite de l'hospitalisation en MPR en attendant l'autorisation d'appui, puis reprise de hospitalisation à temps complet en MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur ou SSR spécialisé en affections du système nerveux) pour la remise en charge. Un transfert en SSR polyvalent avant le retour au domicile antérieur est ensuite souvent nécessaire (SSR de proximité).

Certains patients, en raison de leur âge et de leur niveau de comorbidité nécessitent une hospitalisation en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) en attendant les autorisations d'appui.

La phase de remise en charge et de travail de la marche est ensuite réalisée en MPR ou en SSRPAD selon l'état général du patient.

3. e. Projet professionnel : à partir du 4^{ème} mois (phase 4);

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

Moyens : une hospitalisation à temps partiel en MPR peut être nécessaire pendant 4 à 6 semaines environ.

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

Certaines situations médicales peuvent nécessiter la prolongation de l'hospitalisation à temps complet en MPR ou en SSRPAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) avant le retour au domicile antérieur.

D'autres situations conduisent à un changement de projet de vie à organiser avec le patient et sa famille.

3.g . Pathologie psychiatrique antérieure influant sur le projet thérapeutique ou

tentative d'autolyse: ces situations peuvent nécessiter une hospitalisation à temps complet dans un service ayant une activité transdisciplinaire associant MPR (SSR spécialisé en appareil locomoteur) et Psychiatrie.

Chez les patients âgés déments, une hospitalisation en SSR PAD (soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance) en lien avec une unité de psycho-gériatrie ou une unité spécialisée dans la prise en charge des démences s'impose.

Les patients en catégorie 3 ont tous un parcours de soins long avec une augmentation de la durée de séjour quel que soit le mode de séjour et ils ont bien souvent un projet de vie à réaménager.

Ils doivent donc bénéficier d'une étroite collaboration médico-chirurgicale comportant :

- Un projet de soins construit en équipe pluridisciplinaire ;
- Une information sur le projet de soins partagée entre le patient, les équipes de chirurgie et celles de MPR ;
- Une mutualisation des connaissances sur le handicap neurologique entre les équipes de chirurgie et celles de MPR.

Algorithme décisionnel parcours de soins des patients après un traumatisme osseux ou osteo-articulaire du / des membres inférieurs

	Une seule déficience	Plusieurs déficiences sans atteinte neurologique	Handicap neurologique antérieur
Phase 1 post-traumatique/ préopératoire	Le médecin MPR n'intervient pas	Cs MPR en orthopédie recommandée	Cs MPR en orthopédie fortement recommandée
Phase 2 jusqu'à S6 immobilisation amovible ou stricte	- Soins ambulatoires - SSR spécialisé si risque de raideur	- SSR spécialisé puis soins ambulatoires	- SSR spécialisé puis soins ambulatoires
Phase 3 de S7 à M3 délai de consolidation osseuse	- Soins ambulatoires	- SSR spécialisé	- Poursuite ou reprise en SSR spécialisé
Phase 4 à partir de M4	- Soins ambulatoires	- Soins ambulatoires	- Soins ambulatoires Réorientation projet de vie
Facteurs de complexités surajoutés			
- Environnement	- SSR indifférencié ou spécialisé selon les besoins	- SSR indifférencié ou spécialisé selon les besoins	- SSR spécialisé
- Réseau médical	- SSR spécialisé	- SSR spécialisé	- SSR spécialisé
- Social	- SSR indifférencié ou spécialisé selon les besoins	- SSR indifférencié ou spécialisé selon les besoins	- SSR spécialisé
-			
- Projet professionnel	- SSR spécialisé	- SSR spécialisé	- SSR spécialisé
- Complications SPO	- SSR spécialisé	- SSR spécialisé	- SSR spécialisé
- Pathologie psychiatrique antérieure	-----	- Unité transdisciplinaire PSY+ MPR ou psychogériatrie	- Unité transdisciplinaire PSY+ MPR ou psychogériatrie

SSR spécialisés : service de MPR, service de SSRPAD

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: " Ann Phys Rehabil Med. 2012 Sept; 55(6) 440-450.
- [2] 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.
- [3] 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
- [4] Edouard P., Ribinik P., Calmels P., Dauty M., Genty M., Yelnik A.-P. Care pathways in physical and rehabilitation medicine (PRM): The patient after shoulder stabilization surgery. Ann Phys Rehabil Med. 2012 Nov; 55(8) 565-575.
- [5] Hemmen B., Brink P.R.G. Multi-Trauma *in* Acute medical rehabilitation 2012; 231-249. VitalMed (ed)
- [6] Pradat-Diehl P., Joseph PA., Beuret-Blanquart F., Luauté J., Tasseau F., Remy-Neris O., Azouvi P., Sengler J., Bayen E., Yelnik A., Mazaux J.-M. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: Adults with severe traumatic brain injury. Ann Phys Rehabil Med. 2012 Nov; 55(8) 546-556.
- [7] 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>
- [8] 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.
- [9] Ribinik P., Calmels P., Edouard P., Genty M., Yelnik A.P. Care pathways in physical and rehabilitation medicine (PRM): The patient after proximal humeral fracture and shoulder hemi-arthroplasty. Ann Phys Rehabil Med. 2012 Nov; 55(8) 557-564.

[10] 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 Nov; 55(8) 540-545.

[11] 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 Nov; 55(8) 533-539.

[12] 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.

[13] Yelnik A., Le Moine F., De Korvin G., Joseph P.-A. Care pathways and physical and rehabilitation medicine, an update. Ann Phys Rehabil Med. 2012 Nov; 55(8) 531-532.

[14] 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.
- SSRPAD soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance