

**HOSPITALISATION DE JOUR OU A TEMPS PARTIEL
EN
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION**

Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER

I. FAYOLLE-MINON, C. AVEQUE, B. BARROIS, F. C. BOYER, S. BROCHARD, F. CALLAIS, J.M. CASILLAS, M.C. d'ANJOU, J.P. DEVAILLY, M. ENJALBERT, V. GAUTHERON, I. LAFFONT, F. LEMOINE, J.Y. PELISSIER, O. REMY-NERIS, P. RIBINIK, J.M. ROCHET, V. SALVADOR-WITVOET, A. THEVENON, E. VALAYER-CHALEAT, P. CALMELS

Version révisée Mars 2017 (version antérieure Septembre 2010)

RESUME

Devant l'essor des soins ambulatoires en général, la Médecine Physique et de Réadaptation a largement développé, au cours de la dernière décennie, des alternatives à l'hospitalisation complète, de type HDJ (hospitalisation de Jour) ou HTP (Hospitalisation à temps Partiel).

Nous proposons d'actualiser le référentiel sur l'HDJ élaboré en 2010, en intégrant notamment les évolutions de l'organisation de ces structures et les perspectives tarifaires et en suggérant des liens avec les autres modalités ambulatoires.

SOMMAIRE

- 1) Introduction
 - 2) Cadre législatif général
 - 3) Objectifs et rôle de l'HTP
 - 4) Indications d'une prise en charge en HTP
 - 4.1 dans les affections neurologiques
 - 4.2 dans les affections de l'appareil locomoteur
 - 4.3 dans les pathologies cancéreuses
 - 4.4 dans les syndromes douloureux chroniques
 - 4.5 dans les Brulures
 - 4.6 dans d'autres situations cliniques
 - 5) Modalités de prise en charge
 - 5.1 Mode de recrutement
 - 5.2 Modalités de prise en charge
 - 6) Moyens humains
 - 7) Moyens techniques
 - 8) Place de l'HTP et soins de ville
- Cas cliniques

1) - INTRODUCTION

Avec l'évolution des soins médico-chirurgicaux depuis deux décennies (essor des soins ambulatoires), et le développement des techniques d'évaluation cliniques et fonctionnelles de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), du développement d'activités thérapeutiques spécifiques, la nécessité d'accroître et de valoriser les structures d'alternative à l'hospitalisation complète (HC) dans cette discipline, apparaît aujourd'hui clairement. Elle s'inscrit dans la volonté nationale d'un « *virage ambulatoire en SSR* ».

Dans ce contexte, le **référentiel sur l'hospitalisation de jour en MPR**, proposé en 2010 **doit ainsi être actualisé en tenant compte des évolutions organisationnelles, techniques et tarifaires, de l'existence de nouveaux besoins et d'autres modalités de soins ambulatoires (soins de ville, HAD dont HAD rééducation (HAD-R) et équipes mobiles de rééducation-réadaptation-réinsertion).**

Ce texte a pour objectifs :

- de définir une base commune des pratiques et des moyens afférant à la pratique d'une activité d'hospitalisation à temps partiel (HTP) en MPR dans le contexte du virage ambulatoire en SSR ;
- de faire valoir, sans se dédouaner des contextes organisationnels et de valorisation, l'opportunité, le développement et la richesse de ces soins ambulatoires de rééducation-réadaptation-réinsertion déjà développés en MPR, auxquels l'HTP participe considérablement face aux conditions médicales et aux handicaps induits par certains traumatismes et affections chroniques.

Nous ne décrivons pas dans ce texte l'HAD de Rééducation, ni les équipes mobiles de rééducation-réadaptation-réinsertion qui se mettent en place, ces organisations justifiant à elles seules une réflexion et une identification spécifiques et cependant complémentaires dans l'offre de soins en MPR.

Cette présentation de l'activité HTP MPR concerne essentiellement une activité de rééducation-réadaptation en SSR. Cependant, en ce qui concerne une activité médicale diagnostique avec bilans, explorations ou thérapeutiques complexes et spécialisées, certains établissements les effectuent dans le cadre d'une activité HTP MCO reconnue.

2) - CADRE LEGISLATIF GENERAL

A cette date, les textes législatifs concernant l'hospitalisation de jour (ou hospitalisation à temps partiel HTP) en général sont peu nombreux et relativement « larges ». Il n'existe aucun texte spécifique aux soins de suite (SSR) et de fait à la MPR.

« Alternative à l'hospitalisation, l'hospitalisation à temps partiel (HTP) de jour permet la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels ainsi que des traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. » Circ. CCMSA n°92-99 du 16/11/1992, décret n°92.1101

« ...existence de lits ou fauteuils exclusivement réservés aux patients pris en charge par la structure ; existence d'un poste infirmier » JO –LD- 95-206 du 05/ 09 / 1995 Décret N° 95-993 du 28 Août 1995.

Les conditions de fonctionnement sont définies par la Charte de fonctionnement établie par le Décret n°2012-969 du 20 aout 2012 qui précise les horaires de fonctionnement, la présence et la qualité des soignants, ainsi que l'organisation matérielle et des locaux.

3) - OBJECTIFS ET ROLES DE L'HOPITAL DE JOUR

La prise en charge en HTP résulte d'une **évolution des besoins** qui peut s'expliquer par :

* **des conditions médicales et de santé publique :**

- l'augmentation de l'espérance de vie des patients présentant une affection chronique invalidante, maintenus à domicile ou équivalent de domicile (établissements médico-sociaux), dans des conditions médicales et avec un niveau de déficiences et de handicap plus sévère, tout au long de la vie, et auprès d'une population de plus en plus âgée (ex : handicap vieillissant et/ou survenue de handicap à un âge plus avancé) ;

- le développement de nombreuses thérapeutiques ou de programmes pluridisciplinaires réalisés en ambulatoire (ex. : traitement de la spasticité avec réalisation de blocs neuro-moteurs, injection de toxine botulinique, pompes à Baclofène, programme de restauration fonctionnelle et de réentraînement à l'effort, techniques de robotique, d'imagerie virtuelle, apprentissage d'aides techniques spécifiques...) nécessite un plateau technique spécifique pluridisciplinaire et performant avec des possibilités d'HTP, et l'objectif d'amélioration de l'autonomie et du maintien à domicile, selon une approche environnementale plus écologique des conditions de vie ;

- la prise en compte d'un contexte bio-psycho-social de la santé et la création de consultations multidisciplinaires chez l'enfant et l'adulte, pour assurer notamment la transition entre les âges (ex. : AVC, SLA, SEP, maladies neuro-musculaires, lésions médullaires d'origine

médicale, paralysie cérébrale, douleur chronique dont rachialgie, syndrome régional douloureux complexe, troubles vésico-sphinctériens, déficiences liées aux cancers, etc.) ;

*** des conditions d'organisation territoriales et communautaires :**

- le développement d'unités de soins, d'accompagnement, de coordination, dans le champ sanitaire hors hospitalisation complète (équipes mobiles intra- et surtout extra hospitalières en particulier de rééducation-réadaptation-réinsertion ; services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) avec ou sans spécificité Rééducation ; SSIAD (dont certains spécifiques handicap) et du champ médico-social à domicile permettant des interventions techniques ambulatoires (SAMSAH) ; ces structures permettent d'offrir des avis spécialisés de rééducation et réadaptation au sein des services de court et moyen séjour SSR, de certains lieux de vie (Foyer d'Accueil Médicalisé FAM ; Maison d'Accueil Spécialisée MAS), voire au sein du domicile en lien avec le médecin traitant référent et les structure de soins (ou médico-sociales) à domicile ;

- **le développement d'une approche « parcours patient », quel que soit leur âge**, de l'hôpital au domicile, en s'appuyant sur les structures de soins SSR (polyvalentes ou spécialisées dont MPR), d'hospitalisation complète et de soins ambulatoires, parcours ayant toute son importance pour les affections chroniques et invalidantes ;

- **le contexte d'une évolution de l'offre de soins**, publique, avec la constitution des GHT, publique-privée par convention, source de réflexion, de réorganisation et/ou de restructuration d'une offre, avec comme enjeu pour l'HTP une meilleure offre ambulatoire de proximité et de spécialité (recours) en SSR/MPR.

Tous ces points impliquent une croissance des besoins spécifiques de MPR, notamment en soins ambulatoires, et l'hôpital de jour constitue un des maillons de cette organisation, de par les compétences techniques, médicales et paramédicales offertes, pour des bilans et/ou des soins, relais entre hôpital et soins de ville ou interventions à domicile.

D'une façon générale, l'hospitalisation de jour en MPR concerne **les patients dont l'état de santé nécessite des soins et/ou des bilans de rééducation et de réadaptation spécialisés non envisageables en secteur libéral dans leur totalité et lorsque les conditions de maintien à domicile sont remplies en raison de :**

- leur **caractère spécialisé et/ou pluri et interdisciplinaire** ;
- la nécessité d'un **plateau technique spécialisé** qui comprend des moyens d'évaluation et

des moyens de traitements (matériels et ressources professionnelles compétentes associées) :
*objectifs de rééducation et de réadaptation, balnéothérapie et/ou technique d'isocinétisme et/ou tapis d'entraînement à l'effort et/ou posturographie et/ou arthro-moteur et/ou verticalisation et/ou entraînement à la marche et/ou techniques robotisées-réalité virtuelle-stimulations cérébrales fonctionnelles ou périphériques ;

*objectifs d'évaluation : posturographie, analyse de la marche, du mouvement, des fonctions vésico-sphinctériennes et cognitives, des capacités d'effort et fonctionnelles (ergomètres), des capacités musculaires (dynamomètres, EMG,..) ; atelier d'appareillage orthopédique ou neurologique ;

- la nécessité **d'examens complémentaires spécifiques ou adaptés** au sein du plateau technique **ou en proximité** (unité de temps et de lieu pour la personne handicapée) : imagerie, prélèvement biologique, radio-vidéo, exploration neurophysiologique,... ;

- **l'organisation de la prise en charge rééducative et réadaptative individuelle ou collective** ;

- **la notion d'intensité, de durée, de répétition des actes** dans une journée ou dans une période brève et/ou déterminée par rapport à un objectif spécifique (par exemple : prise en charge isolée de kinésithérapie mais de plusieurs heures, ou tous les jours) permettant la réalisation de programmes précis et adaptés à certaines pathologies ou situations cliniques ou suites chirurgicales (par exemple : suite arthrolyse, prothèse chez hémophile, kinésithérapie + physiothérapie + posture + arthromoteur, programmes de réentraînement à l'effort, suite de chirurgie de la spasticité ou d'injection de toxine botulinique, suite de chirurgie multisite etc.).

L'HTP en MPR s'adresse aux patients de tous âges, avec certaines spécificités d'objectifs, de moyens et de conditions de fonctionnement pour les enfants ou les personnes âgées.

Pour l'enfant, l'HTP permet de faire bilans et traitements qui ne peuvent pas se faire en ville avec une coordination « soins médicaux / scolarité / vie sociale et familiale » rigoureuse, concertée, pluri-disciplinaire, et pendant toute la croissance dans les pathologies chroniques.

Pour la personne âgée, les conditions cliniques de l'usage de l'HTP doivent s'inscrire dans le contexte de tolérance aux séances, et surtout dans un but essentiel de maintien de l'autonomie et de maintien de la vie à domicile.

Les raisons d'une prise en charge en HTP peuvent être ainsi identifiés :

a- Rééducation et traitements spécifiques poursuivant plusieurs objectifs, thérapeutiques, éducatifs, psychologiques et préventifs :

- rééducation : bilan ou prise en charge en kinésithérapie et/ou ergothérapie, et/ou orthophonie, et/ou neuro-psychologie, et/ou psycho-motricité, et/ou diététique et/ou appareillage..., conditions d'une pluridisciplinarité et/ou prise en charge n'existant pas en soin de ville ;
- avis, suivi et/ou traitement médical spécialisé de MPR (avec coordination des soins et relation avec les correspondants médicaux et paramédicaux de terrain et le réseau médico-social et libéral du secteur) - exemple de suivi de certaines pathologies : SEP, lésions médullaires, AVC, lésions cérébrales, amputations, paralysie cérébrale, troubles statiques du rachis, rachialgies chroniques invalidantes, polyhandicap... ;
- suivi psychologique individuel et/ou familial dans le contexte spécifique de certaines affections ou traumatismes et de l'algologie, aide au comportement de deuil de la fonction perdue ;
- éducation thérapeutique du patient et des aidants en cas de limitation d'autonomie, formation des aidants.

b- Evaluation des conditions médicales : en particulier dans le cadre des affections chroniques invalidantes et dans le suivi du handicap, pour réorienter une prise en charge et réadapter les modalités de soins et d'aides à domicile, afin de limiter le risque d'épuisement et de décompensation pouvant aboutir à une hospitalisation « en urgence ».

c- Evaluation sociale et/ou socioprofessionnelle, enquête sociale, aide et suivi des dossiers d'orientation, de réadaptation professionnelle, de réinsertion scolaire et de concertation familiale.

d- Mise en place de modalités de soins et d'adaptation fonctionnelle au domicile. Ceci peut permettre :

- ***d'optimiser certains retours à domicile*** : organisation des prises en charge rééducatives ambulatoires, poursuite d'une rééducation spécifique non réalisable en libéral, suivi médical de pathologies lourdes et/ou de contextes sociaux précaires (pérennisation de certains

maintiens à domicile) en particulier en lien avec des unités MCO (retour à domicile précoce (early discharge dans l'AVC)) ;

- de constituer une **alternative à l'hospitalisation complète** en MPR et ainsi de diminuer les durées de séjour en service de court séjour ;
- **d'anticiper le retour à domicile** lorsque les déficiences et incapacités autorisent un retour à domicile mais nécessitent toutefois des soins de rééducation spécialisés (par exemple : syndrome de la queue de cheval, AVC, traumatologie) ;
- **de diminuer les durées de séjour** dans les unités d'hospitalisation complète MPR ou les services MCO d'autres disciplines ; le retour dans le cadre de vie habituel est en effet un élément fondamental dans le processus de récupération et réadaptation, notamment en cas de troubles cognitifs, sous conditions cependant d'un accompagnement et d'un suivi qui permet l'HTP ;
- **d'assurer un suivi** et une thérapeutique médicale associée à la rééducation pour certaines pathologies avec des traitements complexes et coûteux (par exemple : hémophilie, patients dialysés, pathologie neuro-cancéreuse, pathologies infectieuses, etc.) ;
- de permettre à certains patients présentant une régression fonctionnelle à domicile de **maintenir et/ou de retrouver leurs acquis**, en particulier dans certaines pathologies neurologiques (SEP notamment ou vieillissement (handicap vieillissant)).

La structure Hôpital de Jour constitue ainsi un pôle-ressource d'évaluation des situations de handicaps complexes.

Elle est une unité de soins à part entière. Après formalisation du projet thérapeutique et des moyens nécessaires à sa mise en œuvre, il est ainsi important d'obtenir l'adhésion :

- i) du patient, acteur de ses soins ;
- ii) de l'équipe interdisciplinaire ;
- iii) de la famille et/ou la personne de confiance ;
- iv) du médecin traitant référent afin d'établir un « **contrat tacite de soins** » **visant au final au retour ou maintien en milieu écologique.**

L'HTP ne doit pas être :

- un moyen de palier systématiquement certaines carences de rééducation ambulatoire au long cours, dans les situations de handicaps sévères chroniques (pathologies neurologiques centrales en particulier). Dans l'attente d'une offre adéquate de structures d'aval, les

structures d'HTP peuvent toutefois être amenées à prendre en charge ces patients, avec parfois des difficultés à « sevrer » certains patients des soins en HTP ;

- un service de soins au long cours en lieu et place du secteur libéral. Il est essentiel de définir des objectifs thérapeutiques en fixant au préalable un programme de rééducation et de réadaptation, avec un temps défini de soins, et d'évaluer ces objectifs de façon régulière en équipe interdisciplinaire. Les durées de prise en charge varient selon la nature du handicap et selon les programmes de soins établis par la structure. Il est nécessaire d'informer le patient de ces aspects-là dès le début de la prise en charge.

L'orientation des patients vers la MPR en hôpital de jour doit se faire sur les mêmes critères de pertinence que pour l'hospitalisation complète (*cf. : Critères de prise en charge en MPR – FEDMER*).

4) - INDICATIONS

La prise en charge spécifique et/ou pluridisciplinaire concerne diverses pathologies et situations de handicap de l'enfant et de l'adulte. Nous proposons une liste non exhaustive de situations, apparaissant comme les plus fréquentes.

4.1 - Rééducation et réadaptation des affections du système nerveux

4.1.a) Lésions cérébrales (AVC, TC, PC, tumeurs)

- relais ambulatoire après hospitalisation en court séjour si le degré de récupération autorise un retour rapide à domicile, ou relais après séjour dans un service de MPR ou exceptionnellement SSR, après une consultation de suivi ;
- bilan, traitement et rééducation des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, et mise en place, adaptation et éducation à l'utilisation d'un appareillage ; techniques spécifiques : rééducation du membre supérieur (MS) en feed-back visuel et rééducation-miroir, assistance robotisée à la marche et à l'utilisation du MS ; imagerie virtuelle ; stimulation électrique cérébrale ou fonctionnelle périphérique ; réentrainement à l'effort ;
- bilan et rééducation des troubles cognitifs phasiques (groupe de parole, techniques spécifiques de communication, imagerie virtuelle) et neuropsychologiques (dont hémiparésie) ; évaluation des troubles secondaires du comportement ;
- bilan et rééducation des troubles de déglutition ;
- bilan, traitements et rééducation spécifiques de la spasticité (blocs nerveux, injections de toxine botulique, suivi des pompes à diffusion intra-thécale), réalisation et adaptation

d'appareillage fonctionnel et de posture ;

- prise en charge spécifique de la douleur (interdisciplinarité) et techniques antalgiques (neurostimulation transcutanée, perfusions, thérapie miroir,...) ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation, essai, utilisation des aides techniques éventuelles avec mise en situation (appartement thérapeutique) ;
- bilans d'aptitude physique et programmes spécifiques de reconditionnement à l'effort et bilan d'aptitude au sport adapté ;
- bilan et accompagnement social et professionnel, avec dispositif précoce de réinsertion (dispositif de type Comète) ;
- éducation à l'entretien et auto-rééducation ;
- bilan d'aptitude à la conduite automobile (*Cf. Recommandation de bonne pratique 2016*).

4.1.b) Lésions médullaires post-traumatiques, post-chirurgicales ou médicales (sauf SEP) :

- relais ambulatoire après hospitalisation en court séjour si le degré de récupération autorise un retour rapide à domicile (par exemple syndromes de la queue de cheval), ou relais après séjour d'hospitalisation complète en MPR ou lors d'une consultation de suivi ;
- bilan, traitement et rééducation des troubles moteurs ;
- bilan et traitement ambulatoire et suivi d'escarre (qu'il y ait ou non chirurgie) ou de plaies chroniques et prévention secondaire ;
- bilan des aptitudes physiques à l'effort et programme spécifique de reconditionnement à l'effort ; bilan d'aptitude sportive ;
- réalisation et adaptation d'orthèses de marche et apprentissage de leur utilisation (stimulation électrique fonctionnelle, exosquelette, ..) ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation, essai, utilisation des aides techniques éventuelles (tétraplégie) avec mise en situation (appartement thérapeutique) ;
- bilans, traitements et rééducation des fonctions vésico-sphinctériennes ; éducation à l'auto-sondage intermittent et au système d'irrigation trans-anale ;
- essai, choix et adaptation du fauteuil roulant manuel et/ou électrique ;
- prise en charge spécifique de la douleur neurologique ;
- bilan et accompagnement social et professionnel (réinsertion) ;
- éducation à l'entretien et auto-rééducation, éducation thérapeutique, prévention secondaire ;

- bilan d'aptitude à la conduite automobile.

4.1.c) Pathologies neuro-musculaires et neurologiques périphériques : (PRN, PAA, myopathies, neuropathies, plexus brachial...)

- bilans neuro-moteurs, orthopédiques et fonctionnels spécifiques (multidisciplinaires) ;
- adaptation de l'appareillage (orthèses) et apprentissage de leur utilisation ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation ; choix et utilisation des aides techniques éventuelles avec mise en situation (appartement thérapeutique, manutention) ;
- essai, choix, adaptation du fauteuil roulant manuel et/ou électrique et apprentissage de leur utilisation ;
- adaptation des techniques ventilatoires (désobstruction, ventilation non invasive, hyperinsufflations,...) ;
- bilan et accompagnement social et professionnel (réinsertion) ;
- éducation à l'entretien et auto-rééducation ;
- bilan d'aptitude à la conduite automobile.

4.1.d) Sclérose en plaques (SEP)

- possible relais ambulatoire après hospitalisation en court séjour en cas de poussée aigue ou relais après séjour d'hospitalisation complète en MPR ou à l'issue d'une consultation de suivi neurologique ;
- bilan, traitement et rééducation des troubles moteurs dont les troubles de déglutition ;
- bilan et prise en charge des troubles cognitifs dont les troubles de la communication ;
- réalisation et adaptation d'orthèses de marche et apprentissage de leur utilisation (possible stimulation électrique fonctionnelle) ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation ; essai et utilisation des aides techniques éventuelles (selon les déficiences motrices et cognitives) avec mise en situation (appartement thérapeutique, manutention) ;
- bilans, traitements et rééducation des fonctions vésico-sphinctériennes ; éducation à l'auto-sondage intermittent et au système d'irrigation trans-anale ;
- essai, choix et adaptation du fauteuil roulant manuel et/ou électrique ;
- prise en charge spécifique de la douleur neurologique ;
- bilan et accompagnement social et professionnel (réinsertion) ;

- éducation à l'entretien et auto-rééducation, éducation thérapeutique, prévention secondaire ;
- bilan d'aptitude à la conduite automobile.

4.1.e) Autres affections neurologiques « médicales » invalidantes :

* Maladie de Parkinson : des programmes de prise en charge en particulier en HTP sont développés pour la maladie de Parkinson.

- bilan et/ou prise en charge ; bilan des troubles cognitifs, rééducation des troubles moteurs avec travail spécifique de l'équilibre, des troubles statiques et posturaux, d'une régression fonctionnelle ; bilans fonctionnels et ergothérapie ; utilisation des aides techniques éventuelles ; bilan des troubles de la communication ; rééducation en groupe, stimulation physique et cognitive ;
- éducation thérapeutique.

* Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) :

- bilan et/ou traitements et rééducation des troubles moteurs ; bilans fonctionnels et éducation en ergothérapie ; utilisation des aides techniques éventuelles ; traitement, rééducation des troubles de déglutition et adaptation des modalités d'alimentation.

* Paralysie Cérébrale (PC) : bien que citée dans les lésions cérébrales, c'est une particularité qui va concerner l'enfant comme l'adulte.

- bilans et/ou traitements des troubles moteurs, des troubles cognitifs (en particulier communication), des troubles de déglutition ; choix et adaptation de l'appareillage et des aides techniques (communication, contrôle de l'environnement), de l'installation au fauteuil roulant, gestion de la douleur, évaluation des besoins d'aide humaine ;
- prise en charge pré- ou post chirurgicale (chirurgies neuro-orthopédiques : rachis, spasticité, arthrose, ...).

4.2 - Rééducation et Réadaptation des affections de l'appareil locomoteur:

4.2.a) Affections dégénératives et inflammatoires

- ***Lombalgie chronique*** :

- bilans lésionnels et fonctionnels multidisciplinaires : kinésithérapique (bilan postural, tendino-musculaire dynamique (isocinétique), ergothérapeutique, psychologique et socio-professionnel ; pré et/ou post chirurgicaux en lien avec soins de ville, médecine du travail ;

- programmes spécifiques en groupe de type « Restauration Fonctionnelle du Rachis », et/ou programmes spécifiques en groupe ou individuel de « Désinhibition Fonctionnelle », et programme d'éducation thérapeutique ;
- programmes spécifiques de type traitements orthopédiques, évaluation, suivi, reconditionnement physique et éducatif en lien avec les soins de ville ;
- bilan et accompagnement socio-professionnel.

- Troubles statiques du rachis : (scoliose, cyphose, post-fracture...)

- bilan et/ou prise en charge thérapeutique, suivi, avis pluridisciplinaire (chirurgical) ;
- évaluation, mise en place et suivi de traitement orthopédique avec appareillage (corset) et éducation thérapeutique.

- Pathologies orthopédiques complexes et invalidantes : genou, épaule, cheville, ...

- bilan et traitements spécifiques d'orthopédie et/ou association thérapeutique (par exemple capsulite rétractile : mobilisation-infiltration, arthrite septique : mobilisation, posture, décharge, traitement médical antibiotique, etc.) ;
- bilan et rééducation spécifique post-chirurgicale dans un contexte médical particulier avec programme spécifique et/ou association thérapeutique (par exemple prothèse et hémophilie, PR, PC,...) ;
- bilans et programmes spécifiques et personnalisés de kinésithérapie, balnéothérapie, physiothérapie dans certaines pathologies ou conditions médico-psychologiques ou sociales (PTH et PC), traumatisme et troubles psychiatriques ou du comportement, ...) ;
- bilans musculaires isocinétiques, bilan posturologique, bilan de marche, du mouvement, des aptitudes physiques (avec parfois aides techniques ou orthèses par exemple) ;
- programme thérapeutique avec techniques de réactivation et de réentraînement isocinétique ou de stimulation électrique ou biofeed back ;
- programme thérapeutique dans un contexte de lésions orthopédiques et neurologique périphérique associées.

- Pathologie inflammatoire (SPA, PR, arthrite chronique juvénile) :

- bilan et traitements des troubles orthopédiques (articulaires et musculaires) avec programme spécifique et personnalisé de kinésithérapie, balnéothérapie, physiothérapie, etc. ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation, essai, utilisation des aides techniques éventuelles (tétraplégie)

avec mise en situation (appartement thérapeutique) ;

- bilan, indication, essai, réalisation et éducation pour appareillage (corset, orthèse, chaussage, attelles, etc.) ;
- éducation thérapeutique ;
- bilan et accompagnement socio-professionnel.

4.2.b) Affections traumatologiques et post-chirurgicales

- Amputations :

- bilan et adaptation de l'appareillage, suivi, évaluation fonctionnelle, analgésie, réadaptation à l'effort ;
- prise en charge coordonnée (éducation, surveillance du moignon, mise en place prothèse provisoire, éducation à l'utilisation de la prothèse) pouvant être assurée en ambulatoire, patient au domicile, en coordination de soins à domicile avec HAD ou SSIAD ou soins infirmiers et kinésithérapie à domicile.

- Fractures complexes ou polytraumatisme :

- bilans et programmes spécifiques et personnalisés dans certaines conditions médicales et fonctionnelles : kinésithérapie, balnéothérapie, physiothérapie, bilans musculaires dynamiques (isocinétiques), bilan posturologique, de marche, du mouvement, des aptitudes physiques ; évaluation fonctionnelle ; analgésie ; appareillage ; bilan psychologique ou social en particulier dans le cas de lésions orthopédiques et neurologiques associées.

- Mains chirurgicales post-traumatiques complexes :

- bilan et programme thérapeutique global pluridisciplinaire d'ergothérapie, de réalisation et adaptation d'orthèse statique ou dynamique, de kinésithérapie, de soins infirmiers, d'analgésie (suite de chirurgie ou traumatisme complexes de la main).

4.3 - Pathologies cancérologiques

Les affections cancérologiques de l'adulte et de l'enfant justifient des indications de prises en charge en médecine physique et de réadaptation dans un contexte de rééducation/réadaptation ou de chronicité, comme elles peuvent bénéficier de prise en charge SSR plus spécifique de type onco-hématologique selon les décrets de 2008 ou plus généralement de type SSR cancérologique (hors décrets mais parfois organisés selon les régions).

En MPR classiquement, il s'agissait des lésions avec notamment une atteinte neurologique ou

une amputation.

- bilan et prise en charge personnalisée, spécifique et multidisciplinaire, s'intégrant dans la logique des soins de support en oncologie ; nécessité de la prise en compte de la maladie cancéreuse, du pronostic, du ou des traitements associés (radiothérapie, chimiothérapie), des conditions psychologiques et sociales. Priorisation de l'hospitalisation de jour souvent dans un contexte de fatigabilité et de prise en charge multiples (oncologique et rééducative)

Cas spécifiques :

- atteintes neurologiques : tumeurs cérébrales – lésions médullaires - neuropathies périphériques ;
- désadaptation à l'effort et reprise d'activité (cancer du sein, cancers digestifs, ..) et asthénie ;
- amputation et chirurgie orthopédique fonctionnelle des tumeurs osseuses.

4.4 - Syndromes douloureux chroniques : algoneurodystrophie, douleurs neuropathiques de plexus brachial ou d'amputation, fibromyalgie...

- bilan et programme global pluridisciplinaire associant kinésithérapie, avec bénéfices de techniques de balnéothérapie, thérapie miroir, physiothérapie, blocs anesthésiques, ergothérapie, reconditionnement à l'effort (kinésithérapeute ou APA) prise en charge psychologique et socio-professionnelle en lien avec un centre anti-douleur.

4.5 - Brûlures

Les soins MPR pour les brûlures peuvent être envisagés en HTP, soit modalités HDJ associée à une unité spécifique des brûlés dans les centres SSR disposant d'un service spécialisé, mais ces unités sont le plus souvent régionales, aussi possibilité de prise en charge en liaison plus en proximité ou dans le cas de brûlures d'étendue plus modérée, sans hospitalisation complète, d'où la nécessité de soins et de rééducation adaptée et en lien avec une équipe SSR spécialisée (consultation d'un médecin MPR spécialisé en soins des brûlés).

4.6 - MPR affections cardio-vasculaires

Certaines unités de MPR assurent aussi des prises en charge de rééducation et réadaptation cardiovasculaire en HTP avec pour objectifs :

- le réentraînement à l'effort sous surveillance cardiologique après infarctus myocardique, chirurgie coronarienne ou angioplastie, angor stable, insuffisance cardiaque chronique, suites de transplantation cardiaque, de remplacement valvulaire, artériopathie des membres

inférieurs (revascularisée ou non). Ces unités prennent parfois en charge des lymphœdèmes graves pour lesquels les prises en charge conventionnelle s'avèrent inefficaces ;

- des bilans fonctionnels spécifiques : évaluation de l'adaptation à l'effort selon diverses modalités : test d'effort max, tests de terrains tels que les tests de marche standardisés, tests musculaires, évaluations ergonomiques... ;
- l'éducation thérapeutique : elle représente avec le reconditionnement personnalisé le second pilier de la réadaptation cardiovasculaire en combinant les aspects nutritionnels, d'activité physique, d'observance médicamenteuse et de sevrage tabagique.

L'HTP représente une modalité de prise en charge particulièrement adaptée à une majorité de patients relevant d'une réadaptation cardiovasculaire. Beaucoup de ces patients n'ont pas une perte d'autonomie ou la nécessité de soins importants (infirmiers en particulier) justifiant une hospitalisation complète. Ils nécessitent par contre les aspects spécifiques d'une rééducation spécialisée :

- la multidisciplinarité médicale (cardiologue, MPR, ..) et paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute, IDE, AS, enseignant d'APA, diététicienne, psychologue..) ;
- un plateau technique comportant des moyens de l'évaluation de l'adaptation à l'effort sous ses différents aspects et des moyens très diversifiés du reconditionnement (ergomètres, dispositifs de renforcement musculaire analytique, d'électrostimulation, salle de gym et de relaxation, moyens ergonomiques ; balnéothérapie...).

L'apport de la MPR s'avère de plus en plus important au cours de cette rééducation du fait du vieillissement croissant des patients, d'une augmentation de la fréquence des comorbidités (neurologiques, ostéo-articulaires...) qui justifient son expertise dans l'approche holistique des patients et dans la capacité à gérer la pluridisciplinarité. De ce point de vue, l'insuffisance cardiaque chronique représente un modèle dont la prévalence est croissante et qui nécessite cette approche fonctionnelle globale, avec des objectifs d'autonomisation bien différents des pratiques plus conventionnelles de rééducation cardiovasculaire, réservées il y a encore peu d'années à des patients le plus souvent jeunes...

L'HTP constitue dans un avenir proche un mode d'entrée dans des pratiques rééducatives innovantes faisant appel à la télémédecine (utilisation des objets connectés) qui apparaît répondre aux pratiques et aux objectifs de la réadaptation cardiovasculaire.

4.7 - Autres situations cliniques

D'autres situations cliniques peuvent justifier une prise en charge en HTP MPR en raison des déficiences et du handicap induit ou en raison d'un retentissement fonctionnel important ou avec des conséquences dans les actes de la vie professionnelle, sociale et quotidienne.

Il peut s'agir de :

- **Maladies dites « orphelines » : souvent rencontrées chez l'enfant, Marfan, Ehlers-Danlos, ostéogénèse imparfaite, Recklinghausen,...** (et souvent adossées aux centres maladies rares)

Il s'agira d'une intervention pluri-disciplinaire et très personnalisée pour :

- bilan clinique, orthopédique, fonctionnel et prise en charge globale pluridisciplinaire ;
- consultations familiales.

- **Syndromes cliniques à retentissement « fonctionnel » : fatigue, désadaptation à l'effort**

Il s'agira de symptômes cliniques qui peuvent se rajouter à un contexte d'affections chroniques, dans lesquels ce symptôme peut nécessiter une prise en charge de rééducation/réadaptation à l'effort compte tenu de la baisse des capacités physiologiques dans les actes de tous les jours (désadaptation à l'effort et rachialgie, fatigue et SEP, désadaptation à l'effort et affections neurologiques, alitement), Il ne s'agit pas d'une prise en charge spécialisée de type rééducation/réhabilitation cardio-vasculaire, respiratoire ou métaboliques bénéficiant de critères plus spécifiques.

Il peut aussi s'agir de **toutes situations cliniques en rapport avec des limitations d'activité et de participation**, en particulier certains cas complexes, dans le contexte de maladies chroniques, de régression fonctionnelle ou de suite d'épisodes aigus.

5) - MODALITES DE PRISE EN CHARGE

5.1- Mode de recrutement

Les patients sont adressés par un médecin hospitalier, libéral ou du secteur médico-social (en particulier pour les enfants), généraliste ou spécialiste selon 2 modalités principales :

a) au décours d'une hospitalisation complète :

○ dans un service de MPR (HC MPR): les patients, en fonction de leur pathologie, poursuivent ainsi des soins spécifiques dans un environnement médico-technique proche de l'hospitalisation complète.

○ dans un service de court séjour (MCO) : éventuellement par le biais d'une unité mobile (UM-MPR ou EMT3R) ou si possible après consultation préalable afin de déterminer les

objectifs avec le patient et le médecin « adresseur ».

○ dans un "SSR polyvalent ou à orientation gériatrique" (HC polyvalent ou PAPD) : pour certains patients, une récupération plus tardive (certains AVC notamment) ou une déficience initiale importante notamment cognitivo-comportementale, ne permettent pas une rééducation et ne justifient donc pas d'une hospitalisation complète en MPR post-aigu ; l'évolution favorable à moyen terme ou une meilleure adaptation des conditions de vie à domicile peuvent parfois justifier une rééducation spécialisée effectuée après l'HC en HTP. La prise en charge sera assurée pour une orientation thérapeutique bien précise (appareillage, traitement de spasticité, de troubles urinaires, de troubles de déglutition avec accès à des techniques de soins, de traitement ou de rééducation ne pouvant être proposés en SSR polyvalent.

b) à la suite d'une consultation, sans hospitalisation, directement à la demande d'un médecin dans différentes conditions d'exercice : libéral, hospitalier, médico-social : l'indication d'une prise en charge HTP est alors confirmée par une consultation préalable auprès d'un médecin MPR qui définit ainsi les modalités et les objectifs de la rééducation ; il s'agit parfois initialement de réalisation de bilans qui peuvent secondairement alors déboucher sur une prise en charge rééducative.

5.2- Organisation de la prise en charge

Bien que spécifique à chaque structure, l'organisation s'impose par le caractère séquentiel des prises en charge (durée et fréquence hebdomadaire des séances variables selon les objectifs et les personnes) ainsi que la nécessaire coordination et planification des soins et des intervenants. Cette organisation est conditionnée par le type de prise en charge (bilans, plateau technique, techniques de rééducation, ..) et les moyens qui peuvent (ou doivent) être dévolus à cette unité.

Les modalités d'organisation ne sont que proposées à titre d'exemple, en lien toutefois avec les décrets concernant l'organisation des SSR et de l'HTP :

- la planification des patients se fait de façon hebdomadaire incluant médecin, cadre de santé et secrétaire : examen des demandes et organisation des soins ; des logiciels d'aide à la programmation d'activité sont utilisés dans certains établissements ;

- dès le début de la prise en charge, le médecin MPR HTP détermine avec le patient les objectifs retenus lors d'une consultation initiale (par exemple : gestion de la douleur, spasticité, travail de la marche...), les conditions de prise en charge, de suivi, de durée et de potentiels bénéfiques ;

- le patient est pris en charge par les différents intervenants selon sa pathologie et selon le programme qu'il intègre (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, psychomotricienne, moniteur APA, diététicienne, infirmière, assistante sociale, psychologue, technicien d'appareillage, etc.) ;

- si besoin et si possible, les professionnels se déplacent hors de la structure avec le patient (visites à domicile, évaluations et entraînement en situation de vie courante) ;

- un dossier médical et de rééducation-réadaptation est constitué pour chaque patient ;

- des réunions régulières de synthèse interdisciplinaire (par exemple hebdomadaire) permettent d'établir ou de valider le projet thérapeutique (selon bilans), de suivre l'évolution du patient, d'adapter les prises en charge selon cette évolution, de faire l'état des lieux dans le cadre des bilans envisagés, de faire l'analyse des résultats à la fin d'une prise en charge thérapeutique ;

- en fin de prise en charge une synthèse est obligatoire, comme cela est fait à l'issue d'une hospitalisation complète et qui permet :

- d'établir un compte rendu des modalités, résultats, thérapeutiques mises en place au cours de l'hospitalisation, adressé au médecin traitant et autres médecins le cas échéant, mais aussi à d'autres intervenants de soins à domicile ou en soins de ville, en accord avec le patient ;

- d'établir le bénéfice de la prise en charge selon les dimensions physiologiques, cliniques, fonctionnelles et socio-professionnelles ;

- d'établir des modalités de suivi, de surveillance, d'organisation et de recommandations de la prise en charge et du suivi avec les soins de villes et les prises en charges médico-sociales ou sociales éventuelles.

Dans la perspective de la valorisation financière par la DMA (dotation modulée à l'activité), il est important en préalable d'insister sur la spécificité organisationnelle de l'HTP nécessitant la mise en place, dans un temps limité, de programmes précis, avec recherche permanente de l'optimisation des ressources et des compétences médicales et para-médicales et des temps et succession d'interventions. Ainsi, deux conditions spécifiques à l'hospitalisation à temps partiel doivent être mises en avant :

- le temps médical : souvent sous-estimé par rapport à l'hospitalisation complète, il est une des conditions, mais aussi un des intérêts de l'hospitalisation de jour qui doit permettre un **suivi médical régulier**. On rappelle que la législation (JO 8 octobre 1992, p 13991, Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992) impose à ces structures « *les moyens nécessaires à la prise en*

charge immédiate d'une complication médicale éventuelle ». Un médecin MPR pour cette unité est nécessaire et une présence médicale doit être disponible au moment où les patients sont présents dans la structure, c'est à dire sur les créneaux horaires et les jours de semaine de fonctionnement de la structure et précisément pour chaque patient. Il s'agit avant tout d'un temps de suivi médical (prescription et réalisation de traitements, suivi d'examen, ...) mais aussi de coordination du programme de soins entre les intervenants internes et externes, dont le médecin traitant, les médecins spécialistes, la médecine du travail, la MDPH, les organismes de réinsertion professionnelle (nécessitant surveillance et suivi médical, adaptations thérapeutiques, courriers, ordonnances, contacts, synthèses et réunions régulières) ;

- la file active : cette notion de file active de patients est importante dans ces structures de jour, bien plus que le nombre de places en soi qui, même si toujours identifié, n'a plus beaucoup de sens avec une dotation financière modulée à l'activité. La file active est une donnée plus parlante car elle représente le **nombre de patients différents** pris en charge sur une période donnée (en général chaque semaine), et donc le nombre de dossiers à connaître et à gérer par le médecin et ainsi le nombre de séances et d'interventions à programmer. Cette notion est très importante au sein d'une structure HTP car elle engage une organisation rationnelle qui doit s'appuyer sur des programmes thérapeutiques dédiés à des groupes homogènes de patients, et sur une rationalisation du temps disponible des soignants et intervenants dans leur diversité, condition d'une pluridisciplinarité.

6) - MOYENS HUMAINS

La réglementation demande d'autonomiser les ressources de l'hôpital de jour et reconnaît le caractère interdisciplinaire du personnel. Il est donc nécessaire d'identifier un personnel dédié à une unité d'hospitalisation de jour, ce qui se justifie aussi par le caractère très planifié des prises en charge et l'importance de l'activité pluridisciplinaire*.

Il est difficile de donner des ratios très précis de personnels, car ceux-ci sont étroitement liés aux types de pathologie, à l'âge des patients, et aux déficiences prises en charge avec leur retentissement en termes d'autonomie.

** Cette réglementation d'identification d'une structure totalement dédiée semble nécessiter des adaptations en fonction de la taille de la structure porteuse, car l'organisation générale de l'HTP dans un contexte de ressources médicales et paramédicales raréfiées et de coût d'un plateau technique pourrait aussi se faire sur un mode plus pragmatique en lien avec des unités MPR, mais aussi avec d'autres compétences (cardio-vasculaires, pneumologie, gériatrie, ..) et en lien direct fonctionnel avec des ressources MCO.*

Les besoins sont différents pour de la rééducation neurologique et de la rééducation à orientation ortho-traumatologique (appareil locomoteur), aussi bien en temps de prise en charge, qu'en type d'intervenants (par exemple orthophoniste, neuropsychologue, ...).

Par ailleurs, ce choix est en corrélation avec la reconnaissance des activités de SSR spécialisé, affections neurologiques ou de l'appareil locomoteur, voire affections cardio-vasculaires ou respiratoire selon les décrets, et selon l'autorisation d'une activité pédiatrique.

Nous proposons donc un modèle d'effectif permettant une **modulation selon l'orientation du service, et tenant compte des compétences obligatoires, recommandées ou conseillées à la structuration de l'activité d'hospitalisation à temps partiel de soins de suite et de réadaptation** (Circ. DHOS/01/2008/305 relative aux décrets 2008-376 et 2008-377).

Jusqu'à présent certaines réflexions contribuaient à l'organisation, elles seront sans doute à faire évoluer avec une valorisation à l'activité :

- le « **taux de remplissage** » était établi sur la base d'une production de 365j/place, soit si l'HTP est ouvert 5jours/7 une base moyenne de 225 jours, et donc un ratio patients/place de jour attendu de 1,5 à 2 pour justifier un taux d'occupation satisfaisant ;

- le **mode d'organisation sur la semaine** avec séquences de prise en charge sur une journée complète ou sur une demi-journée, en fonction des programmes de soins. Cette organisation de valorisation des ressources techniques doit cependant prendre en compte les obligations contractuelles des salariés selon les établissements : congés annuels, RTT, plage de récupération, temps partiel, selon le statut juridique des établissements afin de pouvoir prendre un ratio suffisant de patients chaque jour d'ouverture, toute l'année ;

- l'**obligation d'une prise en charge pluridisciplinaire** (au moins 2 ou 3 intervenants différents par séance) ou intervenants et techniques pas possible en ville, mais sans texte réglementaire précis.

Les ressources sont dépendantes de l'orientation de l'activité développée et de l'organisation propre à chaque unité. Cependant il est communément reconnu dans les différentes pratiques les besoins de ressources humaines en temps médical et paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue).

Nous proposons de décrire le rôle de chaque intervenant potentiel et le fonctionnement au sein d'une unité HTP.

1- Temps médical :

* **Médecin MPR** : médecin coordonnateur, pour la couverture médicale durant tout le temps d'ouverture. La fonction de coordination est d'assurer la synthèse des informations cliniques à l'entrée, la surveillance médicale et l'adaptation des traitements, la formulation précise et l'adaptation des objectifs de rééducation, la coordination des soins (dont le respect des bonnes pratiques), la rédaction des compte-rendus d'hospitalisation et la relation avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux (en particulier extérieurs au service de MPR). La fonction médicale est aussi la prescription de soins, de traitements, de bilans et la réalisation éventuelle de certains actes thérapeutiques ou de bilans dans le champ de l'activité de MPR et bien sûr la recherche et la détermination de diagnostics.

* **Autres temps médicaux** : de type vacations complémentaires ils permettent d'effectuer des activités spécifiques de bilan, évaluations et programmes particuliers (réentraînement à l'effort, toxine botulique, urodynamique, brûlés, etc.). Ces vacations peuvent être assurées par des médecins MPR de l'unité d'hospitalisation complète de la structure à laquelle est rattachée l'unité HTP, mais il peut s'agir de médecins d'autres structures ou de médecins libéraux, voire d'autres spécialités, selon les types de pathologies prises en charge (algologue, psychiatre, cardiologue, etc.).

Le temps de médecin MPR est lié à l'organisation médicale qui doit être prévue pour une présence effective et exclusive aux heures d'ouverture dans l'unité HTP, comme le prévoient les textes officiels.

2-Secrétariat médical

* **Secrétaire** :

- liens avec le(s) service(s) ou unités d'hospitalisation complète de la structure, avec la consultation, avec les autres services et unités en particulier MCO au sein d'un Centre Hospitalier,
- convocation des patients, participation à la planification des soins et bilans des patients, gestion des dossiers, courriers, compte rendus de bilans et évaluations, prise de RDV, rédaction de formulaires administratifs, accueil téléphonique.

Possibilité de dissocier un secrétariat en lien avec la planification des sessions, leur organisation et un secrétariat lié au dossier médical et courriers selon les organisations internes.

3- Paramédicaux :

* **Cadre de santé** : sa mission s'inscrit dans le profil de fonction de cadre :

- veiller à la conception, l'élaboration et le bon déroulement de l'ensemble des soins (infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie, psychomotricité et techniques médicales spécifiques), à la qualité du séjour du patient, à l'élaboration des programmes de soins et leur application, à l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique ;
- organiser, gérer et coordonner le travail de l'équipe ;
- animer et organiser la transmission des informations écrites ou orales concernant les patients ;
- assurer la gestion des patients en concertation avec le médecin ;
- assurer la gestion de l'ensemble du personnel de l'équipe en concertation avec le médecin ;
- assurer la gestion du matériel (matériel technique de soins et d'exploration) et des locaux ;
- assurer un rôle dans l'animation de l'équipe (gestion des conflits, recherche et diffusion des informations) et dans la formation du personnel ;
- assurer le lien avec l'ensemble des unités de soins en MPR (HC, UM-MPR, consultations) et avec les autres services de soins (MCO au sein d'un CH) et Services de soins de suite, mais aussi dans ce contexte de soins ambulatoires avec les relais de ville, services de soins et d'accompagnement médico-sociaux.

* **Infirmier(e)** : sa présence en structure HTP est obligatoire qu'elle que soit l'orientation SSR ; rôle dans la pratique des soins mais aussi des explorations fonctionnelles :

- assurer l'assistance à certains actes médicaux (bilan uro-dynamique, injections toxine botulique, blocs neuro-moteurs, etc.) ;
- assurer les soins et actes infirmiers divers et habituels (injections, pansements, prélèvements pour bilans biologiques, l'accueil des patients (installation, aide au déshabillage et habillage) en lien avec l'aide-soignant, et la réception des bilans ;
- assurer les liens entre ortho-prothésistes et médecins, la mise à disposition de matériels divers (petit matériel pour la consultation, fauteuils roulants, béquilles, matériels vidéo...), la coordination de certains RDV (examens - consultations) ;
- techniques thérapeutiques spécifiques : éducation à l'auto-sondage, neurostimulation transcutanée, relaxation, contribution à des programmes d'éducation thérapeutique ;
- rôle important de coordination des soins au sein de l'unité, mais aussi avec les autres

services ou unités, les établissements correspondants et dans ce contexte de soins ambulatoires avec les relais de ville, services de soins et d'accompagnement médico-sociaux.

* **Aide-soignant(e)** :

- participe à l'accueil des patients (installation, aide à l'autonomie) et à leur accompagnement dans les différents pôles de soins, dont la balnéothérapie, lors d'examen ou de soins, en lien avec l'IDE et les paramédicaux rééducateurs ;
- assurer la prévision des plateaux repas et aides aux repas pour les patients hospitalisés à la journée, la désinfection des salles et la réfection des lits.

* **Kinésithérapeutes** : compétence non médicale obligatoire qu'elle que soit l'orientation (en dehors des orientations onco-hématologie et addictologie) :

- assurer les bilans et les techniques de rééducation, les soins de balnéothérapie, de physiothérapie et contribuer à la pratique de techniques de rééducation innovantes non existantes en soins de ville (isocinétisme, robotique, réalité virtuelle, thérapie miroir, ...) et contribuer aux programmes spécifiques (réentraînement à l'effort, éducation thérapeutique, adaptation et utilisation des orthèses et prothèses, ...) ;
- maîtriser l'utilisation de l'ensemble du plateau technique disponible, en particulier les nouvelles technologies possibles et spécifiques de plateaux techniques hospitaliers ;
- assurer un rôle éducationnel de base dans le cadre du soin de kinésithérapie (par exemple : douleurs chroniques), mais aussi participer aux programmes d'éducation thérapeutique ;
- assurer la surveillance et la mise en place de l'appareillage et d'aides techniques en coordination avec l'orthoprothésiste, l'ergothérapeute et le médecin ;
- contribuer dans ce contexte de soins ambulatoires aux relais de ville, services de soins et d'accompagnement médico-sociaux, paramédicaux, en particulier suivi de kinésithérapie libérale.

* **Ergothérapeute** : compétence non médicale obligatoire pour affections neurologiques, appareil locomoteur et brûlés :

- assurer les bilans et les techniques de rééducation, assurer la réalisation d'orthèses, contribuer à la pratique de techniques de rééducation innovantes non existantes en soins de ville (robotique, réalité virtuelle, thérapie miroir, ...), initier et évaluer les besoins et choix d'aides techniques et d'aménagement de l'environnement, participer aux programmes spécifiques (algies chroniques, adaptation et utilisation des orthèses et prothèses, éducation en

milieu écologique du patient, ...) ;

- assurer un rôle éducationnel de base dans le cadre du soin d'ergothérapie (par exemple : usage d'aides techniques et troubles de sensibilité, installation au fauteuil, ..), mais aussi participer aux programmes d'éducation thérapeutique, mais aussi auprès de la famille et ou des aidants ;
- contribuer à une adaptation du domicile (visite à domicile, dossier d'aides PCH ou APA, lien avec les structures de soins à domicile – sanitaires et médico-sociales), mise en situation en appartement thérapeutique et même à domicile en lien avec les aidants ;
- contribuer dans ce contexte de soins ambulatoires aux relais de ville, services de soins et d'accompagnement médico-sociaux, paramédicaux.

* **Orthophoniste** : compétence non médicale obligatoire pour affections neurologiques et brûlés :

- assurer les bilans de langage et de déglutition, la rééducation classique et spécifique et l'animation de groupes de parole ;
- participer à la rééducation des troubles mnésiques en lien avec la neuropsychologue ;
- assurer un rôle éducationnel de base auprès du patient et de sa famille et/ou des aidants, et participer aux programmes d'éducation thérapeutique ;
- contribuer dans ce contexte de soins ambulatoires aux relais de ville, services de soins et d'accompagnement médico-sociaux, paramédicaux en particulier orthophonistes libéraux pour la poursuite des soins.

* **Neuro-psychologue** :

- assurer les bilans cognitifs et la rééducation des troubles mnésiques ;
- assurer un rôle éducationnel de base, auprès du patient et de sa famille et/ou des aidants, et participer aux programmes d'éducation thérapeutique ;
- contribuer, dans ce contexte de soins ambulatoires, aux relais de ville, services de soins et d'accompagnement médico-sociaux, paramédicaux.

* **Psychologue clinicien** : compétence non médicale obligatoire pour affections neurologiques, métaboliques et brûlés :

- aide au diagnostic, bilan et suivi des troubles psychologiques, en liaison avec les structures ambulatoires d'aval.

* **Psychomotricien** :

- bilan et/ou prise en charge de certains troubles moteurs.

4- Autres intervenants :

* **Assistant(e) social(e)** : compétence non médicale obligatoire qu'elle que soit l'orientation :

- assurer les bilans sociaux et professionnels, les dossiers d'aides financières et humaines (dossiers MDPH - PCH ou APA, invalidité, dossiers financement aide techniques,...), les liens avec les associations (APF, AFM, ...), l'accueil et l'accompagnement des patients et des familles dans les différentes démarches administratives. Ce temps est à adapter selon le travail avec les réseaux en aval (AS de secteur, MDPH...) et il s'agit essentiellement d'un travail d'initiation des démarches exclusivement, le relais devant être rapidement passé aux différents autres acteurs territoriaux ou de réseaux ;
- assurer un rôle d'information auprès du patient et de sa famille et/ou des aidants, et aussi participer aux programmes d'éducation thérapeutique ;
- contribuer dans ce contexte de soins ambulatoires aux relais de ville.

* **Diététicien(ne)** : compétence non médicale obligatoire pour les affections cardio-vasculaires, métaboliques et brûlés :

- assurer les bilans et suivis des patients présentant un surpoids et/ou un trouble métabolique (diabète, dyslipémie, hyper uricémie...) et le suivi des alimentations entérales ;
- assurer un rôle éducationnel de base, auprès du patient et de sa famille et/ou des aidants, et aussi participer aux programmes d'éducation thérapeutique ;
- contribuer dans ce contexte de soins ambulatoires aux relais de ville.

* **Educateur physique Activité Physique Adaptée** :

- participer aux programmes spécifiques de réentraînement à l'effort ;
- initier et faire découvrir l'APA aux patients qui peuvent en tirer bénéfice ;
- assurer, en coordination avec le médecin, les bilans énergétiques et d'effort, les bilans cliniques et d'éducation à la pratique du sport ;
- assurer un rôle éducationnel de base, auprès du patient et de sa famille et/ou des aidants, et aussi participer aux programmes d'éducation thérapeutique ;
- contribuer dans ce contexte de soins ambulatoires aux relais de ville, en particulier possibilité de pratique de l'activité physique en milieu associatif et adapté.

* **Ortho-prothésiste** : compétence non médicale obligatoire pour soins aux brûlés :

- évaluation, confection et suivi des appareillages, orthèses et/ou prothèses ;
- hors brûlés, collaboration interne avec ortho-prothésiste et podo-orthésiste prestataires libéraux dans une prise en charge pluri-disciplinaire et complémentaire.

* **Personnel technique** : selon le fonctionnement et l'orientation de l'activité des unités HTP, un personnel technique est indispensable, technicien et même ingénieurs, selon le plateau technique, en particulier pour le fonctionnement de plates-formes technologiques et la gestion et maintenance de dispositifs, mais aussi l'analyse des données comme dans le cas d'analyse de marche ou d'analyse 3D du mouvement par exemple.

7) - MOYENS TECHNIQUES

Selon les textes, ils doivent être individualisés même si parfois certains locaux et/ou moyens techniques sont partagés compte tenu de leur temps d'utilisation, de leur spécificité et de leur coût (partage avec d'autres unités MPR – SSR en particulier les unités d'hospitalisation complète (par exemple : piscine, analyse de marche ou du mouvement, chaîne d'exploration neuro-urologique, etc.).

Ces moyens sont en lien avec les décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des SSR (2008-376, 2008-377).

Ils dépendent bien sûr de l'activité développée, soit dans un champ uniquement MPR (neurologie, orthopédie-traumatologie, cancérologie, amputés, etc., ...), soit de la population (adulte et enfant), soit enfin de l'organisation avec possibilité de mise en commun de moyens de fonctionnement avec plusieurs compétences SSR spécialisées reconnues (neurologie, locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire, métabolique, oncologie, PAPD, ...).

Il semble cependant nécessaire de pouvoir dissocier les espaces d'accueil et de soins et le plateau technique de rééducation/réadaptation.

Ainsi :

- **un espace d'accueil et de soins dédié** avec un plateau technique de base spécifique à l'HTP semble toujours nécessaire :

- bureau d'accueil, salle de soins, local pharmacie avec réserve de médicaments de « base », chariot d'urgence et matériel médical ;

- secrétariat, bureaux médicaux ou salles d'examen pour tous les intervenants, salle de synthèse ;

- chambres nécessaires pour certains soins (apprentissage ASI, soins escarres, traitement de troubles intestinaux...), permettant aussi à certains patients de se reposer si les soins sont échelonnés sur une journée ; lits et/ou fauteuils de repos ;

- espace technique de rééducation avec possibilité de pratique des techniques de kinésithérapie, d'ergothérapie, salles de rééducation d'orthophonie et de neuropsychologie ;

- **un plateau technique plus ou moins développé et spécialisé** semble de plus en plus requis pour permettre la pratique de techniques de rééducation et réadaptation spécialisées et de recours :

* possibilité de pratique d'examens complémentaires diagnostiques ou de traitements : bilans urodynamiques, injections de toxine, blocs moteurs, explorations EMG et EEG, échographie de l'appareil locomoteur, ergomètres et appareil de mesure des échanges gazeux et ECG pour épreuves d'effort, explorations cardiaques et respiratoires, etc.) ;

* plateau de rééducation/réadaptation avec : simulation d'appartement ou appartement thérapeutique ; ateliers pour réalisations d'aides techniques ; espace d'essai, d'entraînement et de validation d'usage de FR manuel et électrique ; salle d'activité physique et/ou de sport ; atelier d'appareillage ; plateau de rééducation avec techniques innovantes : robots de marche, de préhension, réalité virtuelle, entraînement à la marche en suspension, thérapie miroir, stimulation électrique centrale ou périphérique, réentraînement à l'effort, ...

8) - PLACE HTP ET SOINS DE VILLE

L'HTP MPR doit pouvoir se situer dans un parcours de soins intra-institution, mais aussi de bassin ou de territoire selon le positionnement de la structure porteuse, l'offre existante, en lien et surtout en complémentarité avec :

- les unités MCO des structures publiques ou privées environnantes ;

- les unités d'hospitalisation à domicile (HAD) ;

- toutes les ressources de soins à domicile ou équivalents de domicile (établissements d'accueil médico-social PA ou PH), les services d'accompagnement médico-social, les soins libéraux de ville en partenariat avec le médecin traitant qui doit connaître cette offre de soins de rééducation/réadaptation ;

- les unités MPR, mais aussi l'ensemble des unités SSR du territoire, polyvalents ou spécialisées, HC ou HTP ;

- les équipes mobiles diverses, intra- ou extra institutions.

Cas cliniques

Exemples de 4 adultes accueillis en HDJ et 2 enfants

Adultes

AVC

Histoire clinique : Homme de 70 ans, très actif, avec AVC sylvien superficiel et profond gauche le 21/12/2016 pris en charge en UNV puis HC MPR le 05/01/2017.

Description clinique : hémiparésie droite avec déficit complet du MS et début récupération du MI, aphasie et anarthrie, troubles de déglutition.

Progrès en cours HC avec transferts seul, ébauche de marche et autonomie progressive pour AVQ. Sortie HC rapide le 16/02 (DS 42 jours), en accord avec la famille, car syndrome dépressif réactionnel et mauvaise participation en rééducation.

Relais HDJ le 20 02 – Suite séjour en HC

Objectifs : poursuite autonomie marche, AVQ et communication, surveillance déglutition

Durée prévisible : 2 mois

Ressources spécifiques

Kinésithérapie : 2-3 fois/semaine, 2heures : transferts, marche, équilibre ; choix et adaptation aides à la marche (orthèses), réentraînement à l'effort ; organisation du relai libéral

Ergothérapie : 2 fois/semaine, 1 h : mobilisation, autonomie AVQ, mises en situation (Arméo)

Orthophonie : 2-3 fois/semaine ? 1h : communication orale et écrite ; surveillance déglutition ; organisation relai libéral

APA : 1 à 2 fois/semaine, 30 min : complémentaire kiné, marche, endurance, situations extérieures ;

Psychologue : 1 fois/15 j ; 30 min

IDE : suivi TA, bilans sanguins, surveillance repas

Diététicienne : suivi nutritionnel et adaptation alimentation 1à 2 fois pendant séjour

Assistante sociale : 1 à 2 fois, 1h ; suivi du retour à domicile ; liens avec services de soins à domicile

Suivi médical MPR : 1-2 fois/semaine ; suivi général ; rencontre famille, dossiers, ordonnances, dossiers médico-sociaux, bilan clinique, adaptation thérapeutique (spasticité, TA, anti-agrégants, ..).

+ suivi spécifique spasticité, traitements médicamenteux et orthèse/marche

Ordonnance - Suivi - lien avec soins de ville.

SEP : Sclérose en plaques

Histoire clinique : Femme de 51 ans avec paraparésie spastique sur SEP découverte en 2007 ; vit avec son mari qui travaille.

Description clinique : paraparésie spastique avec autonomie pour transferts, marche sur une cinquantaine de mètres avec 1 CC ; chute accidentelle mécanique ; pas de nouvelle poussée (bilan neurologique fait) mais perte fonctionnelle avec transferts plus difficiles et marche sur moins de 10 mètres ; absence de lésion post chute.

Vu en consultation spécialisée MPR : adressée par neurologue - suite consultation de suivi – indication de bilan et prise en charge rééducation/réadaptation et lien avec soins de ville.

Relais HDJ/HTP

Objectifs : marche et retour au niveau d'autonomie antérieure.

Durée prévisible : 2 mois.

Ressources spécifiques :

Kinésithérapie : 1-3 fois/semaine sur séance 1h en 2 fois : jour ; bilan analytique et global, travail équilibre, marche, relevés du sol, réassurance, gestion de la spasticité ; lien relai avec kinésithérapeute libéral ; ETP.

Ergothérapie : 2 fois/semaine, 1 heure ; bilan fonctionnel, AVQ ; travail AVQ en appartement thérapeutique, visite à domicile ; essai et validation prescription aides techniques et à la marche.

Psychothérapeute : 1 heure/15 j.

Assistante sociale : 1h, 2-3 fois pendant le séjour pour aides à domicile et dossiers et suivi prestations sociales.

APA : 30 min à 1h par semaine ; complémentaire kiné avec objectif de réassurance, endurance, terrain extérieur, mise en situation.

Diététicienne : bilan nutritionnel car IMC 17.2

Orthophonie : 1h pour bilan déglutition.

Neuropsychologue : 1h, bilan mnésique devant des plaintes de la patiente.

Orthoprothésiste extérieur car chaussage non adapté.

Suivi médical MPR : 1-2 fois/semaine ; suivi général ; rencontre famille, dossiers, ordonnances, dossiers médico-sociaux, adaptation traitement, lien médecin traitant, courriers de suivi et prescription externes

+ suivi spécifique spasticité, traitements médicamenteux

+ suivi spécifique état urinaire : bilan urodynamique car dysurie et infection urinaire récente : IDE et médecin ; suivi résidu post-mictionnel (RPM).

Ordonnance - Suivi - lien avec soins de ville.

Traumatologie : fracture membre inférieur

Histoire clinique : homme de 42 ans, actif, sportif, avec fracture bi-malléolaire ostéosynthésée, avec kinésithérapie libérale pendant 5 mois post-opératoires et survenue d'un syndrome régional douloureux complexe (SDRC) avec douleurs importantes et retentissement socio-professionnel (vigile) et psychologique.

Vu en consultation spécialisée MPR : adressé par MT et centre de la douleur – indication de prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire.

Relais HDJ/HTP

Description clinique : SDRC avec œdème, douleurs focales mixtes, boiterie importante et syndrome dépressif.

Objectifs : antalgie et travail de la marche avec reprise d'un appui correct, stable, réassurance globale fonctionnelle et finalité de reprise du travail.

Durée prévisible : 2-3 mois.

Ressources spécifiques :

Kinésithérapie : 2 fois/semaine, 2h par séance : antalgie loco-régionale, drainage, physiothérapie, marche progressive d'appui, avec aide technique, avec techniques de thérapie miroir et de balnéothérapie 1h 2 fois par semaine (techniques spécifiques et plurielles).

APA : 2 fois/semaine, 1h, complémentaire kinésithérapie avec activités globales sportives et ludiques, en lien avec sports/activités physiques habituellement pratiqués, à des fins fonctionnelles.

Psychothérapie : 1fois /15j, 1h.

Assistante sociale : 1h 3 fois pendant séjour, réflexion sur droit et possibilité socio-professionnelle : reprise, poste adapté, reconversion professionnelle (patient déjà dans cette réflexion avant accident); suivi ultérieur pour accompagnement.

Suivi médical MPR : 1-2 fois/semaine ; suivi général ; dossiers, ordonnances, dossiers médico-sociaux, bilan clinique, adaptation thérapeutique (antalgique, ...)

+ suivi spécifique douleurs : évaluation intensité et retentissements ; éventuelle adaptation et essai de traitement de différents niveaux, à visée centrale, psychotropes et essai NSTC ou indications de blocs.

Suivi associé kinésithérapie de ville 2 fois/semaine

Ordonnance - Suivi - lien avec soins de ville.

Rachis : algie chronique

Histoire clinique : Homme de 36 ans, charpentier ; cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 en 2007 ; arthrolyse sur double discopathie en septembre 2015 ; reprise du travail en février 2016 à mi-temps thérapeutique avec récurrence douloureuse en mai 2016 ; HDJ en janvier 2017.

Vu en consultation spécialisée MPR : adressé par MT – indication de prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire RFR.

Relais HDJ/HTP

Description clinique : lombalgie basse isolée avec important déconditionnement physique, surpoids avec prise de 8 kg (IMC à 27) et retentissement psychologique et professionnel.

Objectifs : reconditionnement à l'effort (programme de RFR en groupe) ; accompagnement pour reconversion professionnelle ; ETP.

Durée prévisible : 5 semaines ; 3 jours/semaine, séance de 2 demi-journées.

Ressources spécifiques :

Kinésithérapie : 2h/jour : bilan initial, étirements, assouplissements, travail musculaire, actif et passif, auto-évaluation, auto-rééducation, ETP.

APA : 2h/jour dont séances de balnéothérapie et activité globale, fonctionnelle et mise en situation écologiques ; ETP – activités physiques.

Ergothérapie : 1h/jour : bilan fonctionnel et travaux d'éducation, de contrôle postural, de remise en condition d'activité professionnelle, ETP.

Assistante sociale : 1h 2 à 3 fois dans séjour : bilan social, démarches administratives socio-professionnelles, orientations sociales.

Psychologue : 1h, 2 fois en groupe puis entretien individuel 1h 3fois.

IDE : éducation aux techniques de relaxation 1h/ semaine, évaluation douleur.

Diététicienne : 30 minutes 2 fois pendant le séjour ; ETP.

Suivi médical MPR : 1-2 fois/semaine ; suivi général ; dossiers, ordonnances, dossiers médico-sociaux, adaptation traitement, lien médecin traitant, courriers de suivi et prescription externes

+ suivi spécifique douleurs : évaluation, adaptation-ajustement et choix des traitements médicamenteux ; éducation thérapeutique.

Ordonnance - Suivi - lien avec soins de ville.

Enfants

Tumeur cérébrale

Histoire clinique : enfant de 10 ans en cours de traitement pour tumeur cérébrale (astrocytome desmoplastique infantile atypique).

Description clinique : hémiplégie gauche, atteinte cognitive et visuelle modérée. Exérèse chirurgicale datant de 4 mois. En attente de décision de chimiothérapie/radiothérapie en fonction de l'évolution. Marche, équilibre et préhension difficile. Limité dans son autonomie motrice et cognitive.

Relais HDJ – suite séjour en HC : ne peut pas retourner dans son école du fait de la fatigue, des troubles de la marche marqués (risque de chute ++++) et de l'atteinte cognitive.

Objectifs : Marche autonome, autonomie dans la vie quotidienne, réinsertion/réorientation scolaire poursuite autonomie marche, AVQ et communication, surveillance déglutition.

Durée prévisible = 6 mois (préparation de la rentrée scolaire de septembre).

Ressources spécifiques :

Présence au SSR pédiatrique tous les jours de 9h à 17h en HDJ.

Kinésithérapie : 10 fois/semaine (30 min x 2 tous les jours), marche, équilibre.

Ergothérapie : 2 fois/semaine (30 min) préhension de la main, autonomie.

Balnéothérapie : 1/semaine (30 min).

Bilan neuropsychologique : (1 fois/semaine pendant 1 mois du fait de la fatigue).

Orthophonie : 1/semaine (30 min).

Psychomotricité 1/semaine (30 min).

Psychologue 1 fois/semaine (45 minutes).

Scolarité = ½ journée au maximum tous les jours, adaptée en petit groupe.

Assistante sociale : suivi social suite à arrêt de travail de la mère.

IDE : pour coordination HDJ et bilans sanguins réguliers.

Orthoprothésiste pour appareillage de marche (extérieur au centre).

Coordination avec le CHRU: onco-pédiatrie, ophtalmologie, neurochirurgie, neuropédiatrie (épilepsie).

Suivi médical MPR : 1-2 fois/semaine.

Tumeur cérébrale

Histoire clinique : enfant de 8 ans avec paralysie cérébrale bilatérale sur séquelles de prématurité.

Description clinique : intelligence normale, troubles visuo-spatiaux marqués, difficulté à la marche, troubles praxiques avec difficultés d'écriture importantes. Elle a bénéficié d'une chirurgie des 2 pieds (équien, aponévrotomie des triceps et implant sous-talien) il y a 1 mois. 4 semaines de plâtre puis actuellement déplâtrage. Vie en fauteuil roulant manuel (FRM) depuis la chirurgie.

En attente de prise en charge en SESSAD.

Relais HDJ – Suite séjour en HC : mis en place dans le cadre de la rééducation post-chirurgicale et de l'attente d'une place au SESSAD.

Objectifs : sortie du FRM, marche, écriture et réinsertion scolaire.

Durée : 2 mois.

Ressources spécifiques de rééducation :

Kinésithérapie : 10 fois/semaine (30 min x 2 tous les jours) : reprise de la marche, équilibre, renforcement musculaire.

Ergothérapie : 1 fois/semaine : écriture, travail de l'autonomie, motricité fine.

Balnéothérapie : 1 fois/semaine.

Psychologue : 1 fois /semaine.

Aide-soignante pour tous les transferts (WC) : aide à l'autonomie car vie en FRM depuis la chirurgie.

Scolarité : ½ journée au maximum tous les jours, adaptée en petit groupe.

Assistante sociale : suivi social ; trouver un nouveau domicile.

IDE pour coordination HDJ et pansements de cicatrice.

Orthoprothésiste : renouvellement de tous les appareillages (attelles de nuit et de jour).

Suivi médical = 2 fois/semaine.

Coordination avec le CHRU chirurgie pédiatrique, neuropédiatre.

Ordonnance - Suivi - lien avec soins de ville.

HTP – Enfant – MPR Pédiatrique

L’HDJ en SSR pédiatrique = somme de situations spécifiques méconnues des thérapeutes de ville = activité de recours sur un territoire. Malgré la présence de cabinet libéraux pédiatriques de qualité, l’HDJ de MPR pédiatrique au sein d’un établissement de SSR pédiatrique sert souvent de recours pour les situations complexes ingérables en ville à l’heure actuelle, à la fois en bilan mais aussi en HDJ de rééducation sur plusieurs mois : Arthrite Juvénile Idiopathique, malformations de membres (agénésies complexes), myopathies évolutives (amyotrophie spinale, maladie de Duchenne évoluée,...), douleurs chroniques, amputation (purpura fulminans,...), brûlures et greffe, troubles de la marche complexe (PC, ortho...).

C’est la somme de situations spécifiques méconnues des thérapeutes de ville qui amènent à une activité importante d’HDJ de SSR pédiatrique sur un territoire donné, plus que la spécificité dans un champ de la rééducation comme l’appareil locomoteur ou neurologique.

Manque de formation en pathologies pédiatriques des rééducateurs de ville. La connaissance de la pathologie est clé dans le suivi des enfants au-delà d’une action orientée vers la fonction et la participation. Or, la formation initiale des rééducateurs sur les pathologies de l’enfant est souvent de courte durée et l’offre de formation continue réduite. La rentabilité de cette activité en libéral est faible et n’incite pas à sa pratique.

Relai et interface des structures médico-sociales. Les listes d’attente en SESSAD ou en IEM/IME induisent une sollicitation HDJ de relais à apporter aux enfants sortant du CAMSP à l’âge de 6 ans. L’HDJ de SSR pédiatrique est une zone de facilitation du flux dans le parcours des enfants et contribue à la guidance pour les structures MS dans le cadre d’HDJ de bilan et de suivi.

HTP – Personnes Agées

Peu d'HTP SSR/MPR accueillant les personnes âgées se sont développées en France, et même peu d'unités d'HTP SSR dédiés PAPD.

Certaines expériences, en particulier de quelques unités MPR gériatrique (SSR neurologique et locomoteur gériatrique) ouvrent plusieurs champs de réflexion pour une prise en charge de patients âgés relevant d'un programme de rééducation/réadaptation moins exigeant en intensité mais nécessitant une pluridisciplinarité, un plateau technique et une connaissance spécifique médicale mutualisée de MPR et de gériatrie :

- Orthopédie et rhumatologie, troubles statiques rachidiens
- Neurologie du sujet âgé : AVC, maladies neurologiques dégénératives (Parkinson...), neuropathies
- Troubles nutritionnels
- Troubles vasculaires et amputations
- Cardiologie et pneumologie (IC, BPCO, ...)
- Prévention des chutes
- Perte d'autonomie... et nécessités d'adaptations fonctionnelles.

Une meilleure analyse du besoin de soins en MPR pour des personnes au-delà de 75 ans et une collaboration entre gériatres et MPR +/- d'autres spécialités seraient utiles à mettre en place pour élargir et mieux adapter des modalités de prise en charge face à une population globalement vieillissante.

Un objectif commun serait la prévention de la perte d'autonomie menaçant le maintien en milieu de vie ordinaire, l'HTP pouvant être un espace d'évaluation, de prise en charge et de relais dans un partenariat soins de ville-hôpital (par exemple traitement des troubles neuro-orthopédiques, prévention des chutes, ...).

Les facteurs environnementaux sont, dans ce cadre, un poids important pour le maintien à domicile nécessaire à une prise en charge ambulatoire.

Il semble nécessaire de dissocier le champ de la PAPD, car la population prise en charge est potentiellement plus hétérogène, alors qu'il apparaît utile que des unités d'HTP SSR s'axent sur la prise en charge de groupes homogènes de patients dans un but d'efficacité, de compétence et de cohérence d'utilisation des ressources. Cette remarque est applicable aux unités d'HTP SSR « polyvalent ».

Références - Bibliographie

- HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_639105/fr/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation
- « L'hospitalisation de jour en médecine physique et de réadaptation » Groupe de travail Rhône Alpes et FEDMER Septembre 2010
- « Pratiques ambulatoires en MPR : quel avenir et quelles perspectives ? » www.ampra.fr/exercice/ambulatoire/mars-2015.pdf
- PRM programmes of care and PRM care pathways: European approach, developments in France. de Korvin G, Yelnik AP, Ribinik P, Calmels P, Le Moine F, Delarque A. *Int J Rehabil Res.* 2013 Mar;36(1):1-5.
- Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: adults with severe traumatic brain injury. Pradat-Diehl P, Joseph PA, Beuret-Blanquart F, Luauté J, Tasseau F, Remy-Neris O, Azouvi P, Sengler J, Bayen É, Yelnik A, Mazaux JM. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 Nov;55(8):546-56.
- Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "spinal cord injury". Albert T, Beuret Blanquart F, Le Chapelain L, Fattal C, Goossens D, Rome J, Yelnik AP, Perrouin Verbe B. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 Sep;55(6):440-50
- Care pathways in physical and rehabilitation medicine (PRM): the patient after shoulder stabilization surgery. Edouard P, Ribinik P, Calmels P, Dauty M, Genty M, Yelnik AP. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 Nov;55(8):565-75.
- Care pathways in physical and rehabilitation medicine (PRM): the patient after proximal humeral fracture and shoulder hemi-arthroplasty. Ribinik P, Calmels P, Edouard P, Genty M, Yelnik AP. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 Nov;55(8):557-64
- Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "patients after total hip arthroplasty". Ribinik P, Le Moine F, de Korvin G, Coudeyre E, Genty M, Rannou F, Yelnik A, Calmels P. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 Nov;55(8):540-5.
- Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "patients after total knee arthroplasty". Ribinik P, Le Moine F, de Korvin G, Coudeyre E, Genty M, Rannou F, Yelnik A, Calmels P. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 Nov;55(8):533-9.
- Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "patients after knee ligament surgery". Calmels P, Ribinik P, Barrois B, Le Moine F, Yelnik AP. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Nov;54(8):501-5.
- Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "stroke patients". Yelnik AP, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, Devailly JP, Dehail P, D'Anjou MC, Rode G. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Nov;54(8):506-18.
- Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "patients after rotator cuff tear surgery". Ribinik P, Calmels P, Barrois B, Le Moine F, Yelnik AP. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Nov;54(8):496-500.
- Drs V.Quentin, Ph Vassel, V.Charnay GCS D-SISIF_Via Trajectoire _ journée ANAP _ 11/12/2015 <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Territoire-de-soins-numerique.171786.0.html>
- GRIMSSR Bretagne Décembre 2003 "Caractériser les alternatives à l'hospitalisation complète en SSR" www.sficv.com/images/files/ORSBRapportGRIMSSR.pdf
- Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation et pathologies cancéreuses. P. Calmels, M. Genty, J.-M. Wirotius, I. Fayolle-Minon, B. Le-Quang, A. Yelnik et Groupe Rhône-Alpes/Fedmer. *Oncologie*, 2010, 12 ; 543-49.
- Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation. Groupe MPR Rhône-Alpes/Fedmer, Septembre 2008.