

Parcours de soins en MPR :
Le patient après ligamentoplastie de genou
Groupe SOFMER-FEDMER

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

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

Les patients après ligamentoplastie de genou sont ainsi présentés en quatre périodes et 2 catégories tenant compte des facteurs personnels et environnementaux.

Population cible :

Patients ayant bénéficié d'une chirurgie programmée de ligamentoplastie du genou (plastie du ligament croisé antérieur et/ou du ligament croisé postérieur, avec ou sans lésion associée, quelle que soit la technique chirurgicale et le greffon utilisés)

Déroulement du parcours de soins

Principes :

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

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

Phase 0 – préopératoire

Objectifs : Conserver ou récupérer les amplitudes articulaires du genou, assurer un maintien de la trophicité musculaire, informer et éduquer le patient à l'auto-mobilisation, au renforcement musculaire statique, à la déambulation avec des aides de marche avant la chirurgie.

Moyens :

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

- Bilan préopératoire analytique et fonctionnel,
- Evaluation des conditions socio-professionnelles,
- Prescription de séances de masso-kinésithérapie (MK) réalisées en soins ambulatoires :
 - o préparation à l'intervention par un travail éducatif comportant 4 à 6 séances de MK
 - o ou travail de récupération d'amplitudes et de renforcement musculaire si nécessaire 3 séances de MK par semaine pendant 4 semaines
- Proposition d'orientation pour réaliser la rééducation post-opératoire.

Phase 1 –jusqu'à 8 semaines post-opératoires (solidité de la fixation du transplant) rééducation et réadaptation à la vie quotidienne

Objectifs : Lutte contre la douleur et l'inflammation, récupération de la mobilité en flexion et extension, obtention d'une force musculaire permettant l'appui monopodal genou verrouillé et déverrouillé, acquisition de la marche sans aide et sans boiterie, escaliers, ébauche d'accroupissement et de pédalage. Reprise du vélo et de la natation. Reprise professionnelle selon les contraintes. Reprise de la conduite automobile

Moyens

1. En MCO – suites opératoires immédiates

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

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

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

2. Suites d'hospitalisation en chirurgie :

2. a. Déficience sans autre problème, la douleur est contrôlée, le patient est autonome et a compris les risques pendant cette phase (selon les situations port ou non d'une orthèse amovible d'immobilisation), l'environnement personnel, sanitaire et social le permet :

Soins ambulatoires

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

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

HC / HTP de SSR Locomoteur (MPR)

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

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

Phase 2 de la 9^{ème} semaine à la 12^{ème} semaine post-opératoire réadaptation à l'effort (à titre indicatif)

Objectifs : Genou indolore, mobile en extension et en flexion, stable, ayant une force permettant un appui monopodal genou fléchi sur support stable et instable ainsi qu'un saut monopodal franc et ample. Reprise adaptée des activités sportives (vélo à plat et en montée, 15 à 25 km une fois par semaine, crawl avec ou sans palmes, marche sans fatigue), pas de reprise de la course à pied avant 4 mois. Reprise du travail.

Moyens :

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

Soins ambulatoires

- MK 1 à 2 fois par semaine pendant 6 semaines;
- Bilan MK en début et fin de série
- CS MPR à 3-4 mois post opératoire
- Bilan isocinétique à 4 mois post-opératoire (recommandé)

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

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

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

Cette période dure habituellement 3 à 4 semaines.

1.c. Si l'environnement ne permet pas le travail spécifique d'athlétisation dans de bonnes conditions celui-ci peut être réalisé en HTP de SSR Locomoteur (MPR) (bénéfice d'un plateau technique adapté) pendant deux à trois semaines.

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

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

Phase 3 - à partir de la 13^{ème} semaine : réadaptation sportive

Objectifs : Assurer le renforcement musculaire et la réadaptation à l'effort (geste professionnel, activités de loisirs et de sport – état stabilisé du genou de 6 à 12 mois), obtenir un accroupissement quasi complet, une course normale et des capacités aérobie permettant un effort prolongé, autoriser la reprise des professions à risque ainsi que des sports de pivot à partir du 7^{ème} mois.

Moyens :

Soins ambulatoires

- MK 1 à 2 fois par semaine ;
- Bilan MK en début et fin de série
- CS MPR à la fin du 4^{ème} mois et du 6^{ème} mois
- Bilan isocinétique à la fin du 6^{ème} mois (recommandé)

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.

En cas de retard particulier de restauration fonctionnelle, une consultation supplémentaire avec bilan isocinétique peut être nécessaire.

Références :

- HAS – Evaluation des actes professionnels, Novembre 2006. Mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire par dynamomètre informatisé et motorisé.

- HAS –Recommandations professionnelles, Juin 2008. Prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l’adulte.

- HAS - Recommandations professionnelles, Janvier 2008. Critères de suivi en rééducation et d’orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou

- Critères de prise en charge en MPR, groupe Rhône Alpes et FEDMER décembre 2008.
http://www.sofmer.com/download/sofmer/criteres_pec_mpr_1208.pdf

Lexique

CS consultation

MK masso-kinésithérapie

MPR médecine physique et de réadaptation

SPO suites post-opératoires

HTC : hospitalisation complète

HTP hospitalisation à temps partiel (= Hospitalisation De Jour HDJ)

Soins ambulatoires : séances de MK réalisées à l’acte en libéral au domicile du patient ou au cabinet du MK ou sur un plateau technique d’un établissement de santé public ou privé permettant éventuellement un accès facilité à d’autres avis professionnels.