

PRATIQUE DE LA MÉDECINE DE RÉÉDUCATION EN CENTRE DE SANTÉ MÉDICAL SPECIALISE LE POINT DE VUE DU MÉDECIN RÉÉDUCATEUR,

Dr D. BOURCHANY

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

Les centres de santé sont des structures dont l'activité est à caractère « sanitaire et sociale ». Elles font l'objet d'un agrément délivré par les autorités administratives régionales lorsque les conditions techniques sont remplies et observées lors d'une visite de conformité. Cet agrément autorise à délivrer des soins aux assurés sociaux. Généralement une convention est passée avec réassurance maladie (1 ; 2).

Les actes sont cotés en référence à la nomenclature des actes professionnels (CS, actes cotables en K). Des conventions peuvent permettre une prise en charge au coût réel.

LA COMPOSITION EN PERSONNEL DE SOINS

Le cadre réglementaire permet d'intégrer tous les professionnels diplômés, requis pour assurer une prestation spécialisée.

Coordonné par un médecin, les centres de santé offrent la possibilité de faire exercer en milieu ambulatoire, dans le respect du code de la santé publique, des professionnels dont aucun acte n'est prévu à la nomenclature.

Ici les ergothérapeutes ont une place de choix. Les autres professionnels, à l'exception des psychomotriciens, orthoptistes et psychologues, sont accessibles en milieu libéral.

Centrer la composition en personnel sur les « chaînons manquants » est une considération de santé publique qui prévaut également dans les initiatives d'alternatives à l'hospitalisation institutionnelle (3).

SES MISSIONS

Le tandem médecin spécialiste en M.P.R., ergothérapeute ? est dans ce contexte particulièrement pertinent.

Ouverts par définition sur le milieu de vie ordinaire, l'activité des centres de santé concerne cette majorité de patients handicapés qui n'ont jamais bénéficié de l'éclairage de la médecine de rééducation soit 86% d'entre eux (4).

Cette activité s'intègre naturellement aux réseaux de soins prévus et institutionnalisés en référence au code de l'Ici Santé Publique. Surtout elle est génératrice de ses propres réseaux.

LA PRATIQUE

Elle s'adapte à l'ici configuration locale dans l'objectif de s'harmoniser avec ou de coordonner l'existant en matière de prestations sanitaires, sans redondance.

Toute la palette des prestations de soins en M.P.R. peut s'imaginer. Cependant le fonctionnement conjoint avec des ergothérapeutes engendre naturellement une orientation vers des évaluations destinées à la mise en place de mesures de réadaptation. Ce qui n'exclut pas les prescriptions et suivi de prise en charge rééducatives lorsqu'elles sont accessibles et coordonnables en ambulatoires.

Aussi, le fonctionnement en réseau est implicite. D'abord avec les centres de rééducation lorsque le plateau technique dont ils disposent ou la densité des soins qu'ils peuvent apporter sont requis. Mais aussi et surtout avec les autres services sociaux et médicaux (services sociaux des caisses d'assurances maladie, des conseils généraux, des associations ; services de médecine du travail, de protection maternelle et infantile, de santé scolaire, hospitaliers) et les partenaires libéraux.

Les conventions qui peuvent être parfois passées avec ces services concurrencent à l'approche globale, centrée sur l'individu ainsi moins découpé en « tranches de vie ».

La prestation médicale va de la consultation ponctuelle destinée à éclairer un patient, son entourage familial ou thérapeutique sur les apports de la médecine physique à l'ici coordination, in situ, de différents intervenants sanitaires en particulier à domicile où des synthèses peuvent être organisées, sans oublier les autres lieux de vie. Aussi elle est également servie, dans toute sa dimension, au sein d'établissements (foyers de vie, instituts médico-éducatifs), lieux de vie essentiels, voire d'éducation. lieux propices à l'animation de véritables réseaux internes.

Cette prestation inclut également l'exercice de la responsabilité médicale sur les actes des ergothérapeutes soit par une évaluation médicale afin de procéder au traitement des déficiences avant que ne soit prise en charge les incapacités résiduelles, soit en apportant la caution, sur pièces, à l'analyse des situations et des propositions qui en découlent. Quelques indicateurs aident le médecin coordonnateur à rationaliser ce choix, concerté avec les autres acteurs de soins -. la nature de l'ici maladie ou de la déficience, l'évolutivité des pathologies surtout si elles

sont neurologiques et d'autant plus qu'elles concernent l'enfant, et le dépistage du besoin par les ergothérapeutes lors des visites Ci domicile. C'est ainsi 60% de la file active qui nécessite une évaluation médicale.

De manière corollaire, des actions de formation sont produites en direction des confrères généralistes concernant les prises en charge rééducatives, particulièrement les indications de kinésithérapie et des auxiliaires médicaux avec pour thèmes centraux le choix et l'utilisation des aides techniques ainsi que les gestes e postures « à domicile ».

UN EXEMPLE: LE CITEVA

Population :

Origine des déficiences -
Neurologique: 57%
Orthopédiques: 38%
Viscérales et sensorielles : 5%
Incapacités
Nécessite d'une supervision pour au moins un acte de la vie quotidienne: 85%
Nécessite d'une assistance complète pour tous les actes de la vie quotidienne : 8 %

Activité

File active médecin . 498 patients
Consultations : 772
Actes cotes en K : 236
Supervision de l'activité des ergothérapeutes : 400 patients
Patients suivis en établissements : 130

Répartition de l'activité des médecins .

Actes cotes 42 %
Autres évaluations médicales : 17%
Coordination .29%
Recherche, formation, pédagogie : 12%

Equipe technique

Médecins M.PR. . 1,4
Ergothérapeutes 4
Secrétaires : 1,6

EN CONCLUSION

L'activité au sein d'un centre médical de santé spécialisée est surtout d'évolue aux patients lourdement handicapés.

Leurs composition et organisation permettent une grande souplesse de réponse aux problèmes posés par Ici prise en charge ambulatoire de cette population, autrement peu couverte par des prestations spécialisées. Elle s'inscrit de facto au sein et en tant que réseaux de soins, configurations promues par les schémas d'organisation sanitaires.

Mais son point faible est de taille : la nomenclature des actes professionnels, totalement inadaptée à cette pratique ne permet pas d'assurer son fonctionnement dont le financement est assuré en grande partie par des subventions aléatoires, mettant ainsi en péril sa pérennité.

BIBLIOGRAPHIE:

1.Décret N° 91-654du 15/7/91 modifiant le décret 56-284du9/3/56 modifie et fixant les conditions de l'agrément des centres de santé par l'autorité administrative.

2.Décret 91-655 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé.

3.POLLEZ B. Une expérience d'hospitalisation à domicile en rééducation et réadaptation fonctionnelles. Actes du colloque "Vie à domicile des personnes handicapées et personnes âgées dépendantes" - HANDITEC - 1996

4.SANCHEZ J. et Coll. Les personnes handicapées en Saône et Loire . Enquête CITEVA/CPAM/CTNEP,HI. - CTNERHI - juin 1991

ANNEXE

ANNEXE XXVM: CONDITIONS TECHNIQUES D'AGREMENT DES CENTRES DE SANTE - DISPOSITIONS GENERALES ARTICLE 1er

« LES CENTRES DE SANTE ASSURENT DES ACTIVITES DE SOINS. ILS SONT OUVERTS A TOUTES PERSONNES QUI SOUHAITENT CONSULTER ILS PEUVENT PARTICIPER A DES ACTIONS DE PREVENTION ET D'EDUCATION SANITAIRE A LA SANTE, DE FORMATION ET DE RECHERCHE

ILS PEUVENT SE VOIR CONFIER, PAR CONVENTION, TOUTE MISSION ENTRANT DANS LE CHAMP DE LEUR ACTIVITE. L'ORGANISATION DES CENTRES DE SANTE DOIT PERMETTRE A CEUX-CI DE DISPENSER DES SOINS CONSCIENCIEUX, ECLAIRES ET PRUDENTS, ET CONFORMES AUX DONNEES DE LA SCIENCE, A TOUTE PERSONNE, DANS LA PLUS STRICTE ECONOMIE COMPATIBLE AVEC L'EFFICACITE DES SOINS. »