

Les structures de Médecine Physique et de Réadaptation

DHOS - Groupe SSR Adultes

Réunion du 08 septembre 2005

**Présentation par
la Fédération française de Médecine Physique et de Réadaptation (FEDMER)
et la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER)**
coordonnée par le Dr Alain Yelnik, professeur de MPR, Paris

Les structures de MPR doivent répondre à des impératifs nouveaux liés à

- l'évolution de l'espérance de vie de l'ensemble de la population et de façon particulière à l'amélioration de l'espérance de vie de sujets dits handicapés,
- l'évolution médico-économique (mise en place de la tarification à l'activité) qui tendra à réduire les durées moyennes de séjour en MCO et impliquera la sortie du secteur MCO et le transfert en milieu adapté de MPR.
- l'évolution des normes définissant la qualité des soins. Ces normes sont actuellement établies au niveau des états. Très rapidement des normes européennes seront mises en place et s'imposeront au sein de l'Union Européenne.
- L'évolution conceptuelle du handicap et de sa prise en charge dans le cadre de la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF, Organisation Mondiale de la Santé 22 mai 2001)

I - SOINS et SANTE PUBLIQUE

I - 1- Dans le cadre législatif

1- Les structures :

Le décret 2005-76 du 31 Janvier 2005 « relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins » et le décret du 6 mai 2005 déclinent, parmi les structures de soins soumises à autorisation, des structures SSR de « Soins de Suite » d'une part et de « Rééducation et Réadaptation fonctionnelles » d'autre part.

Les structures de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) font partie du volet RRF (encore appelé dans certains documents « Soins de Réadaptation » SR).

La MPR est une spécialité médicale reconnue en France et au niveau international, notamment dans la majorité des pays de l'Union Européenne. Les structures françaises, européennes et internationales de MPR établissent et veillent à l'application de normes concernant la formation initiale, la formation continue, les pratiques professionnelles.

Au niveau européen la MPR est une des spécialités constituant l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

Au niveau national et européen la MPR a établi des liens de coopération avec les associations nationales et internationales qui représentent les personnes handicapées, avec les organisations européennes comme le Conseil de l'Europe dont une part de l'activité est consacrée à la défense des personnes en situation de handicap et à leur intégration au sein de la société.

2- Le médecin MPR :

La définition européenne de la Médecine Physique et de Réadaptation, au delà de son rôle dans le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies et des lésions qu'elles peuvent entraîner : "le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation est le spécialiste qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités".

Les rôles du médecin MPR :

- Diagnostic des lésions (suivi médical, dépistage et traitement de diverses complications propres aux pathologies...);
- Evaluation des déficiences, des incapacités et des handicaps à des fins de prescription ou d'expertises ;
- Evaluation du pronostic et de la place de la rééducation ;
- Prescription et coordination d'actes complexes de rééducation et de réadaptation (coordination interne à la structure et coordination externe avec les autres intervenant du projet de soins) ;
- Aide à l'orientation et à la réinsertion ;
- Accompagnement du projet de réinsertion ;
- Suivi médical au long cours des personnes handicapées, avec le médecin traitant.

L'action du médecin MPR est étroitement liée à celle des paramédicaux concernés par le projet de soins avec lesquels il se construit.

Elle s'exerce au sein d'une structure MPR (cf infra), mais également largement au dehors :

- En amont :

Dans les structures MCO (notamment réanimation, neurologie, neurochirurgie, orthopédie) pour des avis diagnostiques, thérapeutiques, rééducatifs et d'appareillage, dans le but de débiter précocement les soins adaptés, de prévenir les surcomplications et la précarisation fonctionnelle et de permettre l'orientation sur les structures les plus appropriées à l'état des patients ;

En consultations ouvertes sur la ville, hospitalières ou libérales, servant de référence dans l'offre de soin pour des personnes handicapées.

- En aval :

Coordination des composantes médicales, techniques et sociales destinées à améliorer la fonction et la participation du patient dans son environnement.

Les patients soignés dans les structures MPR, mais aussi un certain nombre de patients soignés en MCO ou dans d'autres structures SSR, nécessitent un suivi dans leur milieu de vie : consultations spécialisées, équipes mobiles, intégration des consultations

dans le cadre de divers réseaux, liens entre le service social hospitalier ou de centre et le secteur social et médical.

I-2- Place des structures MPR dans l'offre de soins, les missions :

1- La structure SSR-MPR :

Il s'agit d'hospitalisation traditionnelle, d'hôpital de jour (HDJ), d'hôpital de semaine, d'hospitalisation à domicile (HAD, encore insuffisamment développée), toutes pourvues de consultations externes.

Les missions des structures de MPR comportent celles de toute structure de SSR (circulaire 841 du 31 décembre 1997).

La structure doit pouvoir assurer la continuité des soins pendant la durée de prise en charge des patients.

La MPR a plus particulièrement pour objectif de mettre en œuvre et de coordonner toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences analytiques, fonctionnelles, subjectives, sociales d'atteintes corporelles par maladie ou accident. Elle fonde son action sur des équipes médicales, paramédicales et sociales spécialisées, disposant d'un plateau technique performant adapté à leur mission de rééducation et de réadaptation, coordonnées par un médecin MPR.

Dans le parcours de soins, la structure hospitalière de MPR est :

- Un passage quasi obligé pour le traitement de certaines pathologies : la plupart des pathologies neurologiques acquises (lésions médullaires traumatiques, traumatismes crâniens, AVC), traumatologie lourde, orthopédie et rhumatologie complexes, amputations, grands brûlés...

- Un passage éventuel pour d'autres, selon leur sévérité et complexité : par exemple traumatologie des membres, chirurgie orthopédique, troubles vésico-sphinctériens, rhumatologie en particulier rachidienne, maladies neurodégénératives innées (myopathies) ou acquises (SLA...), cardiologie, pneumologie...

- Le passage par des structures de MPR alternatives à l'hospitalisation (ambulatoire, secteur libéral) peut-être suffisant pour les situations dont la sévérité et la complexité est moindre.

Le motif d'hospitalisation distingue deux grands types de patients :

- Ceux admis pour une rééducation « post-événement aigu » basée sur l'existence d'un potentiel, quel qu'il soit, de récupération au moins fonctionnelle, sinon organique, ou sur la nécessité de faire face à de nouvelles conditions sanitaires, invalidantes.

- Ceux admis pour bilan dans le cadre de déficience chronique handicapante (trouble de la marche ou de l'équilibre, troubles vésico-sphinctériens, troubles neuropsychologiques...): évaluations, expertises, accès aux progrès technologiques, adaptation au vieillissement des personnes handicapées, traitement spécifique d'une complication... Ces hospitalisations pour bilan représentent en général un faible pourcentage des journées d'hospitalisation complète, mais ont un coût qui peut-être supérieur à la moyenne et elles revêtent une très grande importance en terme de service médical rendu.

Les structures de MPR peuvent être des structures totalement polyvalentes ou posséder en leur sein des unités plus spécialisées. Elles répondent ainsi à un double objectif de proximité et de spécialisation, notamment selon la rareté ou la difficulté des problématiques en cause.

Parmi les unités spécialisées, on distingue notamment celles qui sont dédiées aux pathologies ou lésions suivantes :

- Pathologies médullaires (circulaire 280 du 18/06/2004),
- Traumatismes crâniens (circulaire 280 du 18/06/2004),
- AVC (circulaire 517 du 03/11/2003),
- Traumatologie lourde,
- Appareillage des personnes amputées,
- Sclérose en plaque,
- Brûlés,
- Pathologies cardio-vasculaires,
- Rachis.

L'existence d'unités dédiées n'interdit pas la prise en charge de ces pathologies dans les unités polyvalentes.

Les structures de MPR ne correspondent pas forcément aux territoires de santé qu'elles peuvent dépasser, notamment pour les unités spécialisées.

2- Les liens fonctionnels entre la structure de MPR et les autres structures :

Les structures de MPR sont en liaison directe avec :

- Les structures d'amont MCO : une contractualisation formelle ou informelle unit les structures MPR aux structures MCO (et réciproquement), dans le ou les territoires de santé correspondants. La MPR s'exerce en amont dans la plupart des services MCO, par les interventions des médecins MPR, des paramédicaux de la rééducation, en particulier kinésithérapeutes et orthophonistes, mais aussi appareilleurs. Les premiers soins, préventifs et curatifs, de rééducation y sont donnés et l'orientation vers les structures adaptées y est organisée.

- Les autres structures de SSR et plus particulièrement gériatriques, entre amont et aval selon l'évolution de l'état médical, les facteurs environnementaux matériels et humains (désir de rapprochement du milieu familial, préparation d'un retour à domicile...). Des programmes de soins mixtes, MPR-Gériatrie, peuvent avoir à être organisés, dans l'une ou l'autre des structures. Une plus grande souplesse des transferts au sein du SSR est souhaitable.

- Le domicile et la médecine de ville (permissions thérapeutiques, consultations, visites à domicile, HAD, équipes mobiles, réseaux handicap..., liens avec SSIAD, SAVS, SAMSAH...), ainsi que la médecine du travail.

- Les structures d'orientation, de vie ou de travail pour personnes handicapées (UEROS, CRP, établissements médico-sociaux : MAS, Foyers d'Accueil Médicalisé et Foyers Occupationnels CAT.....).

- Enfin, les structures de MPR sont appelées à exercer des fonctions d'expertise dans le cadre des équipes techniques labellisées du site départemental pour la vie autonome (ETEL, SVA).

I-3- Les patients (objectifs, règles générales et exemples, critères d'admission...)

L'admission d'un patient dans une structure de MPR répond à des besoins non seulement quantitatifs de rééducation mais aussi qualitatifs : compétences médicales et paramédicales spécialisées. C'est la notion d'action sur les déficiences et sur le fonctionnement qui définit le besoin. Les patients concernés présentent une particulière complexité, qui tient soit à l'association de différentes déficiences, soit à une déficience de traitement difficile.

Ces patients ne peuvent donc pas être décrits par la seule entrée diagnostique CIM ; en terme de diagnostic, la prise en compte des diagnostics associés est essentielle. Seules quelques pathologies (traumatologie médullaire...) peuvent résumer, par le diagnostic, le besoin d'entrer en structure de MPR.

Ils sont admis en structure de MPR :

- soit pour un programme complet de rééducation et de réadaptation le plus souvent après une pathologie aiguë (AVC, TC, traumatologie, lésion médullaire, amputation, pathologie cardio-vasculaire...) ou l'aggravation d'une pathologie connue (SEP, polyarthrite...).
- soit pour un bilan dans le cadre de déficiences chroniques handicapantes (poliomyélite, polyarthrite, Parkinson, paraplégie...).

L'admission pour rééducation « aiguë » ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit stabilisé (et souvent bien au contraire), mais que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées. La structure, ou au moins certaines d'entre-elles, doit être apte à soigner les patients présentant des pathologies associées et des pathologies instables sur le plan de l'alimentation, respiratoire, urinaire, cutané, voire psychique... La lourdeur des troubles neurologiques ne doit pas être un frein, au contraire, à l'admission en structure de MPR.

Ces patients doivent nécessiter la mise en œuvre de traitements médicaux, rééducatifs et d'appareillage, destinés à contribuer au traitement des pathologies en cause, et à réduire les incapacités et les handicaps. L'objectif global est celui de la réadaptation familiale, sociale et/ou professionnelle, la lutte contre le handicap finalement vécu par la personne et ses proches, objectif dont la réalisation est une composante indissociable du programme de soins. Ceci suppose la prise en compte précise des données environnementales, la possibilité d'interventions hors les murs, une autonomie testée en situation réelle et l'association de compétences sociales fortes dans l'équipe de la structure, ainsi que des liaisons opérantes avec les acteurs sanitaires et sociaux de relais.

L'âge n'est pas un critère de choix des patients, la faisabilité du programme doit être retenue. A titre d'exemple, après AVC, la plupart des patients devraient pouvoir bénéficier d'une structure de MPR, sauf lorsque la gravité des polyopathologies associées ou antérieures et en particulier la détérioration intellectuelle, empêche l'adhésion à un programme de rééducation.

Le programme de soins est basé sur l'acte de bilan en Médecine physique et de réadaptation. Chaque patient bénéficie d'un programme personnalisé, adapté à ses besoins et à son évolution, au moyen d'évaluations médicales et paramédicales régulières portant sur les déficiences et les fonctions, grâce à des échelles d'évaluation reconnues et validées et à des outils spécialisés paracliniques. Les programmes de soins et les évaluations sont discutés et partagés de façon pluridisciplinaire. Autant que possible, le programme de soins

et d'interventions est établi en concertation avec le patient, acteur essentiel de son projet de soins.

Une durée de séjour longue (plus de 6 mois) avec un programme intense de rééducation est justifiée pour certains patients.

La sortie est un élément-clé. Elle est préparée le plus tôt possible par des synthèses pluridisciplinaires incluant le patient et son entourage, des visites à domicile, des permissions thérapeutiques, des ré-entraînements intra ou extra-muros (stages ergothérapeutiques). Le recours éventuel à un accompagnement par une équipe mobile, ou le suivi dans le cadre d'un HDJ, d'une HAD ou d'un réseau sont étudiés et mis en place. L'attention apportée aux proches est également déterminante : éducation, accompagnement de leur propre réadaptation à une situation fonctionnelle et systémique bouleversée, soulagement-répétition de la charge liée à la dépendance.

I-4- Les moyens :

(basés sur le document DRASS Ile de France septembre 1996 et la charte MPR, actualisés)

1- Les moyens humains :

La structure de MPR est placée sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en MPR.

Elle doit pouvoir proposer des soins de rééducation d'au moins deux activités paramédicales spécialisées en rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, neuropsychologie, orthophonie, psychomotricité, appareillage, podologie, diététique), ou dans certains cas particuliers la répétition pluriquotidienne d'un type d'activité aux composantes multiples.

Un service social propre à la structure est indispensable.

En hospitalisation traditionnelle : Proposition pour une unité polyvalente de 30 lits :

La continuité des soins doit être assurée : garde médicale sur place ou astreinte, présence d'au moins un infirmier de nuit, possibilité de kinésithérapie de week-end et jours fériés.

* Personnel médical : 2 équivalents temps plein dont un au moins qualifié en MPR. Pour les tranches suivantes de 30 lits, un seul ETP en MPR suffit. Ces ratios excluent les internes en Médecine et les effectifs de médecins spécialistes en MPR nécessaire pour réaliser d'autres missions (consultations externes au service, examens spécialisés...).

* Personnel soignant : l'énumération du personnel soignant correspond au personnel présent au lit du patient et non pas aux effectifs totaux de la structure :

1 cadre soignant, 1 cadre supérieur soignant au delà de 30 lits.

De jour pendant la semaine : 2 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), 3 aides soignants (AS), 1 brancardier, 1 agent hospitalier ;

En week-end et jours fériés (pendant la journée) : 1 IDE, 3 AS et 1 AH.

De nuit : 1 IDE, 1 AS et 1 AH.

* Personnel de rééducation :

- Kinésithérapeute : 1 pour 7 patients 5 jours/7 ; 1 pour 30 lits le samedi. Selon les structures, une garde le dimanche et jours fériés doit être assurée ; 1 moniteur cadre si la capacité d'hospitalisation est de 30 lits ou plus.

- Ergothérapeute : 1 pour 10 patients 5 jours/7.

- Neuropsychologue et Orthophoniste (en fonction de l'orientation du service) : 1 pour 8 patients.

* Autres catégories de personnel :

- Travailleur Social : 1 ETP.
- Pour l'ensemble des locaux techniques : 2 AH ou brancardiers pour la manutention des patients.
- Secrétaire médicale : 1 ETP.
- Psychologue : 1 ETP.
- Selon l'orientation de la structure : ortho-prothésiste, podologue, diététicien, animateur, éducateur physique, psychomotricien...

La spécialisation de certaines unités impose de renforcer certains effectifs soignants et rééducateurs, notamment pour les unités neurologiques et de grands brûlés.

En Hôpital de jour : les mêmes ratios de personnel de rééducation s'appliquent. Le personnel soignant est réduit à une équipe minimum de jour comportant 1 aide soignant pour l'accueil et, selon les missions de la structure, un IDE.

En consultations : Personnel d'accueil et infirmier

2 – Les moyens matériels :

Les locaux et équipements décrits ici correspondent à un minimum. En fonction de l'orientation du service, certains équipements supplémentaires peuvent être nécessaires.

Tous les locaux doivent être évidemment accessibles aux personnes handicapées, spacieux (notamment les couloirs), aérés et lumineux.

Ils doivent comporter un équipement adapté, tant pour la rééducation que pour l'évaluation, dans tous les domaines pris en charge par la structure.

En kinésithérapie : locaux spécifiques. Il est nécessaire de prévoir :

- Des espaces suffisants pour permettre la prise en charge simultanée de 6 à 8 patients, des espaces pour des soins individuels ;
- Des équipements pour la massothérapie, la verticalisation, le renforcement musculaire, la récupération d'amplitudes articulaires, les différentes techniques d'électro-physiothérapie, la reprogrammation neuromusculaire, la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort... Tous ces équipements doivent inclure des composantes d'évaluations.

En ergothérapie : locaux spécifiques répartis en locaux communs et en ateliers, équipés pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction ; la rééducation neuropsychologique ; la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel (avec notamment cuisine, salle de bain voire chambre non médicalisé).

En orthophonie et neuropsychologie : espaces individuels, équipés de matériels de rééducation neuropsychologique, du langage, de la communication et en particulier avec support informatique.

Autres locaux et équipements :

- Boxes de Consultations médicales (internes et externes).
- Ateliers de petits appareillages équipés pour la réalisation et l'adaptation d'orthèses et d'aides techniques.
- Locaux pour les personnels médicaux, paramédicaux, le secrétariat, le service social....
- Locaux de rangement vastes (archives, matériels...).

- Bibliothèque, salle de détente.
- Sanitaires patients et personnels, vestiaires...

Locaux et équipements à prévoir selon l'orientation de la structure :

- Kiné-balnéothérapie.
- Laboratoire d'analyse du mouvement, de l'équilibre et de la marche.
- Laboratoire d'explorations vésico-sphinctériennes.
- Laboratoire d'électromyographie.
- Simulateur de conduite automobile
- Atelier d'ajustement d'aides techniques ou technologiques (communication, interaction avec l'environnement, robotique...)
- Simulateur de logement
- Atelier d'appareillage et confection de prothèses
- Salle d'isocinétisme (évaluation et ré-entraînement)

Locaux spécifiques pour l'évaluation et la recherche clinique doivent être prévus.

Equipement général de la structure en fluides (oxygène et vide) : toutes les chambres doivent être équipées de prises murales et les plateaux techniques doivent être équipés en divers points adaptés. Un chariot de réanimation d'urgence doit être disponible dans tous les secteurs de la structure.

Les patients de la structure doivent avoir un accès rapide à des prestations d'imagerie et de laboratoire ; en fonction des données de la structure, ces prestations peuvent être externalisées et contractualisés.

I-5- L'évaluation des structures :

- Accréditation.
- Adéquation des moyens de la structure par rapport aux pathologies soignées.
- Evaluation des programmes de soins par la procédure d'accréditation mise en place par la section européenne de MPR.
- Evaluation par le PMSI des pathologies associées.
- Nombres de séjours avec PRRC – PRR et de séjours en PCL-PCTL.
- Liens et formalisation de ceux-ci avec les structures d'amont et d'aval et les réseaux de soins.
- Place dans le territoire de santé et attractivité.
- Evaluation du service rendu :
 - * Traitements de pathologies initiales ou secondaires
 - * Capacité à organiser la sortie : visites à domicile...
 - * Bénéfices fonctionnels : échelles d'évaluation fonctionnelle génériques (MIF...) ou adaptée aux pathologies, retour à domicile (nombre, préparation, suivi proposé), réadaptation professionnelle éventuelle.
 - * Réalisation du projet de vie.
- Utilisation systématique d'échelles de mesure de déficiences et d'incapacités, adaptées aux patients traités par la structure.
- Analyse des refus d'admission.
- Instruction des dossiers sociaux.

II – ENSEIGNEMENT

Les structures de MPR ont toutes une vocation d'enseignement, car c'est en leur sein que se forment les professionnels de la rééducation et de la réadaptation ; elles ont une contribution essentielle à la formation initiale et à la formation continue des professionnels du handicap.

Ces actions de formation s'exercent par l'accueil de stagiaires et des interventions en écoles et facultés.

Stages pratiques :

- Etudes médicales : la plupart des structures y contribuent comme terrain de stage (2^{ème} cycle, résidanat 3^{ème} cycle, formation des internes DES, spécialistes en MPR, mais aussi en neurologie, rhumatologie, pédiatrie et pneumologie). L'adéquation des structures à leur mission fait l'objet d'une accréditation par l'european Board of Physical Medicine and Rehabilitation.

- Etudes paramédicales : toutes les structures, quelle qu'elles, soient y participent pour toutes les professions paramédicales, notamment massokinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie, psychomotricité, podologie, orthoprothésiste, infirmier...

Enseignement théorique : les CHU ont un rôle particulier dans l'organisation des enseignements, en particulier médical (module 4, modules spécifiques, diplômes universitaires, master...), mais pour la plupart, les structures non CHU ont un rôle d'enseignement dans les écoles paramédicales, couvrant tous les domaines de la rééducation.

III – RECHERCHE :

La recherche clinique fait partie des missions de toute structure CHU, mais aussi de nombreuses structures non CHU. Elle doit être encouragée. Tous les professionnels de la rééducation et réadaptation sont concernés.

Elle porte sur tous les domaines du handicap, du soin à l'adaptation sociale :

* Réduction des déficiences : validation de traitements, techniques et protocoles de soins et de rééducation.

* Amélioration de la fonction et de la participation sociale : validation de techniques et protocoles de rééducation et d'appareillage, enquêtes épidémiologiques, évaluation des bénéfices rendus des différents types de structures...

Elle s'appuie sur des financements publics (par exemple programmes hospitaliers de recherche clinique PHRC) et des partenariats avec les laboratoires et les fabricants de matériel.

Références :

* Les structures nationales représentant la spécialité :

- La Fédération française de Médecine Physique et de Réadaptation (FEDMER).

La FEDMER est composée de 8 structures scientifiques et professionnelles de MPR dont voici la liste avec les noms des présidents en exercice :

Collège Français des enseignants universitaires de MPR JM.André

SYFMER B.Morineaux

SOFMER J.Pélissier

ANMSR P.Blondel,

ASFORRED JM.Viton

GMRHP L.Cave

EMPR J.Pélissier,

SNMSRFF P.Carpentier

La FEDMER permet à ces structures de mieux se connaître, de mieux faire connaître la MPR et reconnaître l'importance pour les personnes en situation de handicap de la MPR. Toutes les structures qui constituent la FEDMER ont signé une Charte de la MPR.

- La Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

Elle est la principale société scientifique de la spécialité. Elle organise le congrès scientifique annuel de la spécialité, elle a une revue scientifique.

- Les structures européennes représentant la spécialité :

- La section européenne de MPR (euro-prm.org)
- L'académie européenne de MPR,
- La Société européenne de MPR

* Les textes concernant les pratiques professionnelles,

- Textes ANAES, Haute Autorité Santé :

- Préparation de la sortie du patient hospitalisé (11.01)
- Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral (12.03)
- Fiche technique « Les Soins de Suite et de Réadaptation » (02.04)
- Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance (05.04)
- Conférence de consensus SOFMER
 - « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique » (09.04)
- Conférence de consensus SFES
 - « Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique » (12.04)
- Manuel d'accréditation
 - « Prise en charge du patient en soins de suite ou de réadaptation » (09.04)
- Document DRASSIF Septembre 1996 : Plateau technique d'une unité de MPR polyvalente en Ile de France
- Charte de la MPR – Document FEDMER
- Groupe MPR Rhones Alpes et FEDMER 30 septembre 2001 : Critères de prise en charge en MPR.