



Rapport collégial du CNP de MPR / FEDMER

En réponse à la lettre de mission du 24 janvier 2018 de la DGOS

Concernant les évolutions souhaitables des établissements et services de SSR pour les 5 à 10 prochaines années

Contribution :

**SOFMER ; COFEMER ; SYFMER ; EMPR ; ANMSR ; AJMER ;
AMPR Aquitaine ; AMPR Nord Picardie.**

Les SSR : UNE DYNAMIQUE POUR LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

INTRODUCTION : La MPR dans les attentes et les besoins des personnes handicapées :

Les fondamentaux et leur intérêt dans le système des soins attendus par les patients.

L'optimisation de la place de la MPR dans le système de santé français et particulièrement au sein des SSR où s'exerce aujourd'hui la majorité de ses activités de soins, de recherche et d'enseignement a pour objectifs la pertinence des séjours, la pertinence, la validité clinique et scientifique des programmes de soins, l'intégration aux parcours de soins et de santé, la qualité des soins conformément aux ressources et niveau de formation, l'efficacité en terme d'autonomie, et la juste accessibilité aux soins face aux défis de la transition épidémiologique et de la répartition de l'offre.

Un modèle d'utilité et de pertinence de la MPR articulant stratégie de réadaptation, MPR et SSR

Le modèle d'utilité de la MPR décline les valeurs professionnelles et les dimensions selon lesquelles ses activités doivent être valorisées : la MPR comporte une dimension biomédicale propre de prévention (secondaire), de diagnostics cliniques et fonctionnels, et de traitements. Médecine avant tout de processus, aux objectifs thérapeutiques centrés sur la fonction et se référant à la CIF/OMS, elle est partie intégrante du dispositif de réadaptation médicale selon l'OMS, avec d'autres disciplines de réadaptation. Ses activités doivent dès lors être étroitement intriquées avec les politiques du handicap selon les recommandations des organismes internationaux (OMS, ONU ...).

La MPR déploie des programmes de soins spécialisés et le plus souvent multidisciplinaires, parfois complexes, hospitaliers ou libéraux, en hébergement ou ambulatoires, à domicile, validés pour des groupes de patients dont les pathologies entraînent des conséquences multi-lésionnelles et multifonctionnelles, transitoires ou définitives. Citons l'exemple des lésions cérébrales, médullaires, des polytraumatismes, des paralysies cérébrales et polyhandicaps, de l'arthrose et affections inflammatoires invalidantes de l'appareil locomoteur, des amputations, des algies chroniques, certains cancers, etc. Elle concerne tous âges de la vie, et parfois même suit les étapes de la vie.

La pertinence des soins ne peut se concevoir que sur la convergence entre le modèle professionnel de la MPR, l'organisation de l'offre de soins et le système de financement. Dans ce modèle, les compétences clés de la

37 MPR sont structurantes pour l'organisation. Elles s'exercent en structures intégrées qui doivent identifier leurs
38 produits fondamentaux, leurs coûts et leurs résultats pour un juste financement.

39 **La performance en SSR repose sur l'analyse de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience**

40 Des indicateurs d'orientation et de séjour, particulièrement en SSR, doivent décrire les déterminants du soin et
41 de l'hébergement : instabilité médicale et surveillance, soins et environnement médico-techniques importants
42 (SMTI), soins liés à la dépendance et soins de réadaptation, statut fonctionnel et autonomie, facteurs socio-
43 environnementaux du patient et des ressources environnementales.

- 44 • L'intégration des indicateurs suppose la convergence entre les **indicateurs constitutifs d'un système**
45 **de classification des patients (SCP)** pour leur orientation « *au bon endroit au bon moment* »,
46 l'évaluation clinique, l'application de la recherche et de l'innovation, la mesure des résultats et la
47 prédiction des coûts dans l'objectif d'une classification à visée tarifaire.
- 48 • L'efficacité et l'efficience reposent sur des programmes de soins, établis selon la complexité et la
49 temporalité des besoins de réadaptation, dans le contexte d'une stratification régionale et territoriale
50 et de la prévalence des situations. Ainsi, une stratification entre niveaux primaire, secondaire et
51 tertiaire pourra être inscrite dans les programmes régionaux de santé et les projets de territoires.
52 (Gradation des soins).

53 **Un réseau de réadaptation et de prévention des situations de handicap pour des objectifs partagés**

54 Il faut favoriser le fonctionnement de réseaux territoriaux impliquant tous les secteurs et niveaux du système
55 de santé. La médecine générale et l'ensemble des disciplines médicales, paramédicales, psychologiques,
56 techniques et sociales y interviendront en complémentarité pour mieux intégrer les parcours de santé pour les
57 personnes à risque de limitations fonctionnelles durables et de handicap dans un contexte de maladies
58 chroniques et de vieillissement.

59 La MPR est une spécialité médicale de processus et de population qui a pour objectif la prévention, le
60 diagnostic médical, le traitement et la réadaptation des personnes de tous âges ayant des problèmes de santé
61 handicapants et de leurs comorbidités ; en particulier pour leurs déficiences et limitations d'activités afin de
62 faciliter leur fonctionnement physique et cognitif (y compris le comportement), leur participation (y compris la
63 qualité de vie) et la modification des facteurs personnels et environnementaux. (White book de MPR)

64 Selon le Rapport OMS sur le handicap : la réadaptation est un ensemble de mesures qui aident les personnes
65 qui éprouvent ou sont susceptibles d'éprouver un handicap, à atteindre et maintenir un fonctionnement
66 optimal en interaction avec leur environnement » (OMS, 2011)

67 Les établissements SSR participent à cette mission, mais il y a lieu d'ici à 2030 à décloisonner les différentes
68 activités tout au long du Parcours de soins de chaque patient, de développer pour cela l'exercice ambulatoire,
69 de renforcer nos démarches qualité et sécurité des soins dans le cadre des formations initiales et tout au
70 long de la vie, développer aussi la réadaptation de proximité, la recherche et l'innovation adaptée au
71 handicap notamment dans le champ non médicamenteux et des nouvelles technologies. Ces enjeux suivent les
72 recommandations du plan d'action « Disabilities 2014-2021 » de l'OMS.

73 Au-delà de permettre la récupération maximale, il est essentiel d'éviter les complications qui peuvent survenir
74 tout au long de la vie avec un handicap ou une maladie chronique.
75 La MPR est une spécialité médicale d'expertise et de recours qui propose une approche globale et coordonnée
76 pour la récupération des fonctions et de l'autonomie, la participation et la maîtrise des risques dans les
77 maladies invalidantes. Elle met en jeu des moyens d'évaluation et de thérapeutique propres et en collaboration
78 avec les métiers des sciences de la réadaptation, par des équipes professionnelles multidisciplinaires
79 compétentes et performantes autour d'organisations spécifiques de travail et de plateaux techniques
80 spécialisés (structures spécialisées) qui permettent au patient tout au long de son Parcours de soin de
81 bénéficier de Programmes de soins gradués et adaptés aux besoins de son état de Santé, aigue ou chronique.

82 Au carrefour des métiers des sciences de la réadaptation, la MPR s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire
83 qui associe médecins et professionnels spécialisés de rééducation tels que kinésithérapeutes,
84 ergothérapeutes, orthophonistes, orthoprothésistes... et fait souvent appel à d'autres spécialistes selon les
85 moyens nécessaires : travailleurs sociaux, ingénieurs, architectes et urbanistes, professionnels de l'éducation,
86 de l'insertion et de la formation professionnelle, juristes et spécialistes de la réparation du dommage...
87 Les outils d'innovation sont aujourd'hui diversifiés et renforcés : rééducation cognitive, nouvelles technologies
88 d'assistance et de rééducation comme l'entraînement robotisé ou par réalité virtuelle, prothèses sensorielles,
89 technologies d'assistance et de sécurité domiciliaire ou encore techniques sophistiquées d'enregistrement et
90 correction des mouvements et des fonctions posturales altérées, permettant d'augmenter certaines fonctions
91 et de restaurer de nouvelles capacités.

92 L'exercice de la MPR ne se limite pas au seul champ des SSR, mais s'exerce aussi dans les champs du MCO, des
93 institutions Medico sociales ainsi qu'en pratiques libérales. La MPR inscrit ses actions dans le cadre de textes
94 majeurs de l'OMS, particulièrement la C.I.F, mais aussi de l'UNESCO (pour les enfants), de l'OIT (réinsertion
95 Professionnelle des personnes handicapées), ainsi que des recommandations de la HAS et de la SOFMER.
96 La MPR s'exerce aussi en ambulatoire et en libéral chaque fois que cela répond aux besoins du patient.

97

98 **I / SSR et Qualité des soins :** *Cf questionnaire de la lettre de mission*

99 **A/ Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) concernant la M.P.R**

100 Les R.B.P. se définissent par rapport à la prévention des complications, à la réduction au minimum des
101 conséquences fonctionnelles et sociales de nombreuses maladies ou de séquelles d'accident. Elles sont
102 construites depuis les Publications scientifiques et l'EBM (*Evidence Based Medicine*) chaque fois que cela est
103 possible. Dans le champ multifactoriel des déficiences et des handicaps, les RBP et l'EBM doivent être
104 analysées en fonction des organisations, ressources et contextes médico-sociaux particuliers selon les
105 territoires et régions.

106 La mise en œuvre des RBP repose sur une évaluation préalable des besoins spécifiques de chaque patient pour
107 déterminer les modalités de prise en charge requises à un temps T et une réévaluation régulière des résultats
108 et objectifs après mise en œuvre de programmes. L'organisation est identique quel que soit le niveau de
109 sévérité du patient : déficience d'un seul membre ou polyhandicap avec déficiences multiples.
110 La prise en charge en SSR spécialisé/MPR est une partie du parcours qui peut se dérouler selon les besoins du
111 patient, en hospitalisation complète ou en Ambulatoire HDJ, ACE. Les modalités dépendent du type et du
112 niveau de déficience (somatique, cognitive...) ainsi que des compétences humaines et matérielles (PTS,
113 adaptation des matériels) requises pour répondre aux besoins du patient définis à l'issue de l'évaluation.
114 Pour cela les praticiens MPR sont garants selon les territoires, d'une démarche qualité et sécurité de soins
115 efficaces mais aussi de proximité de la prise en charge par rapport au milieu familial et si possible
116 professionnel. Il nous apparaît que les établissements SSR et particulièrement SSR spécialisés, par leur nombre
117 et leur répartition géographique (inégalement) doivent être des carrefours d'orientation pour le plus
118 grand nombre de patients complexes vers le retour au domicile lorsque cela est possible, sinon vers d'autres
119 structures d'aval médicosociales adaptées à ce type de patients séquellaires. Les SSR MPR spécialisés sont aussi
120 et de plus en plus des structures d'accueil et de réinduction (pour des séjours courts, souvent ambulatoires)
121 aux principales fonctions essentielles à la vie, pour les personnes lourdement handicapées mais restant
122 habituellement à leur domicile. Les critères de prise en charge dans les structures de SSR/MPR ne doivent pas
123 seulement être rapportés aux critères des pathologies, mais plutôt au regard de l'état fonctionnel de
124 Dépendance des patients (**MIF et autres**) et de l'organisation générale du système de soins qui les entourent.

125

126 Le SSR/ MPR met à disposition ses compétences (humaines et matérielles) pour atteindre la qualité et la
127 sécurité des soins attendus par les patients présentant des déficiences somatiques souvent plurielles –
128 locomotrices, neurologiques, viscérales, cutanées-, déficiences neurocognitives, déficiences somatiques et

129 cognitives et ou psychiques, entraînant des limitations d'activité et une restriction de participation (**C.I.F.** selon
130 l'OMS) ; Les patients porteurs d'incapacités temporaires doivent bénéficier de programmes qui leur
131 permettent d'envisager une récupération *ad integrum* ou autorisant un retour à l'autonomie antérieure dans
132 les meilleurs délais. Ils doivent être définis en termes de moyens, de durée, et d'objectifs quantifiés de
133 résultats.

134 Dans le cas de séquelles : des programmes de réadaptation comprenant la mise en place d'aides humaines et
135 matérielles et l'évolution des organisations, sont déployés. Pendant tout le Parcours de soins, la prise en
136 compte des capacités d'activité et de participation du patient oriente la Réinsertion sociale et professionnelle,
137 en fonction de l'environnement familial, architectural et social. L'ensemble des programmes peut se dérouler
138 alternativement, en hospitalisation complète ou à temps partiel, en ambulatoire ou prise en charge libérale.

139 Toutes ces phases font une large place aux informations formalisées données aux patients, à l'éducation
140 thérapeutique des patients et de leurs aidants.
141 Cependant dans notre système de soins actuel, la fluidité reste insuffisante dans ces différentes modalités de
142 soins (structures SSR spécialisées, SSR polyvalentes, ambulatoire) ou entre ressources sanitaires et médico-
143 sociale ; Ceci est à l'origine de surcoûts et d'une mauvaise utilisation des ressources.

144 Les modalités dépendent du type et du niveau de déficience et de limitations fonctionnelles (somatique,
145 cognitive...), de la temporalité (post-événement aigu ou réinduction de réadaptation) ainsi que des
146 compétences humaines et matérielles (PTS, adaptation des matériels) requises pour répondre aux besoins du
147 patient définis à l'issue de l'évaluation réalisée (on devrait distinguer soins médicotéchniques importants, soins
148 centrés sur la fonction : limitations fonctionnelles et restriction d'activités ,soins centrés sur l'intégration
149 sociale et l'adaptation de l'environnement).. Sachant cependant que l'hétérogénéité des territoires de Santé et
150 des régions pour des raisons de non proximité (milieu rural) ou de déficit de certains métiers (médecins MPR
151 ergo orthophonistes ne permet pas toujours d'y répondre. Ces inégalités d'accès aux soins doivent être
152 évaluées par des coordinations territoriales pour tenter de les réduire.

153

154 **B/ Quelles sont celles concernant spécifiquement le champ des SSR en MPR ?**

155 Diverses sources Internationales : OMS, ONU, UNESCO, OIT ont rédigé de recommandations
156 concernant la Réadaptation

- 157 • Les recommandations de la SOFMER et du COFEMER et recommandations conjointes avec d'autres
158 sociétés savantes (ex. société française de gérontologie sur l'orientation après AVC)
- 159 • « Critères de prises en charge ambulatoire en MPR, en HC, HTP ». Groupe Rhône Alpes/ CNP de MPR.
- 160 • Les Parcours de soins en MPR : SOFMER/CNP de MPR
- 161 • Les Programmes de soins en MPR. UEMS livre Blanc
- 162 • Le groupe *Cochrane Réhabilitation* ...
- 163 • ...

164

165 **C/ Quels sont les déterminant de la qualité des soins en SSR et les actions de nature à les améliorer ?**

166

167 - **Les ressources humaines** : les équipes de professionnels de rééducation ont des compétences spécifiques du
168 fait de leur formation initiale complétée par la formation continue et le DPC en lien avec l'évolution des
169 connaissances et des technologies. Parmi les indicateurs IQSS on retient : la tenue du dossier patient, la
170 coordination des professionnels au travers des réunions pluriprofessionnelles, l'organisation de la sortie avec
171 les médecins traitants et les autres professionnels de santé, en proximité du domicile.

172 Pour les cas les plus complexes, c'est la spécialisation par la multidisciplinarité, la performance des équipes, les
173 RCP qui permet au patient de suivre un parcours adapté et de qualité. Les structures mettent en œuvre les
174 recommandations rédigées par la SOFMER et le COFEMER, validées pour beaucoup par la HAS.

175 Elles proposent des programmes de rééducation visant à pallier la perte d'autonomie et les réductions
176 d'activités des patients. Un effort particulier pour développer les travaux sur les recommandations et les
177 études d'efficience dans ce secteur d'activité doit être encore recommandé.

178 L'organisation qui garantit la qualité et la sécurité des prises en charge repose essentiellement sur la présence
179 de professionnels spécialisés et performants travaillant en pluridisciplinarité sous couvert d'une coordination
180 médicale. L'objectif de coordination effective est de parvenir à travailler en interdisciplinarité, en favorisant
181 quand cela est possible le transfert de compétence pour les situations les plus simples et les plus courantes.

182 - **La coordination et la fluidification entre les différentes structures** – les différents SSR et les structures
183 d'amont et d'aval devront organiser par des algorithmes protocolisés la facilitation au mieux des Parcours du
184 patient et anticiper les étapes : proposer au « bon » patient, les soins requis, au « bon moment » au « bon
185 endroit » et selon la « bonne posologie- fréquence et intensité »

186 Les coordinations interprofessionnelles sont aussi le facteur déterminant de la qualité de la prise en charge. La
187 pluriprofessionnalité n'existe qu'à cette condition, elle repose sur des outils partagés et des temps de
188 rencontre dédiés. Les structures de SSR / MPR spécialisés, devront également travailler plus en réseau de
189 coordination territoriales et régionales avec les autres SSR qui peuvent offrir des soins différents, utiles au
190 patient à un autre moment et en Aval avec les praticiens de villes.

191 Il faut pour cela avec chaque ARS mettre en œuvre une vraie politique territoriale coordonnée dans le cadre
192 des futures autorisations, sachant que les spécialistes de MPR travaillent également pour que les patients
193 bénéficient des soins requis, dès leur prise en charge initiale en MCO et en vue de leur sortie. Les cas d'AVC ou
194 TC en sont des exemples parmi bien d'autres.

195

196 - **Les équipements : les PTS**

197 Les structures SSR / MPR sont dotés d'équipements spécialisés évolutifs en fonction des connaissances
198 médicales et de l'évolution technologique - dont réalité virtuelle, robotisation....

199 Les PTS doivent être ouverts à l'ambulatoire et aux pratiques libérales : les patients doivent pouvoir bénéficier
200 des équipements avec des professionnels de la structure et/ou des intervenants extérieurs du secteur
201 ambulatoire.

202 Les PTS avant d'être des murs et des installations appropriées, sont surtout la synthèse, des compétences des
203 équipes de Professionnels travaillant sur ces PT thématiques : neuro cognitif, neuro comportemental, neuro
204 urologique, robotique ...Un peu comme une pièce de théâtre, les SSR regroupés en pôle territorial de
205 coordination et d'orientation doivent permettre aux patients une unité de lieu, de temps et d'action, au plus
206 proche possible de leur domicile.

207

208 **D/ Les critères des activités de Recours : seuil d'activité, qualité ou efficience pour l'efficience de ces activités ?**

209 Aujourd'hui les activités de recours ne sont pas bien définies, Il faudrait en effet en fixer les indicateurs, seuils
210 et critères. Cela devra s'inscrire dans le cadre des futures autorisations administratives. Une difficulté est le
211 nécessaire recours à des indicateurs composites dans des contextes hétérogènes, ce qui apporte une spécificité
212 et une complexité particulières aux études dans le champ d'activité.

213 Le CNP de MPR par ses instances constitutives est prêt à s'investir dans cette réflexion à partir de travaux déjà
214 conduits.

215 **E/ Les ressources financières**

216 La sécurisation des ressources financières pour les ESSR suppose le développement d'un système uniforme de
217 données fondé sur les dimensions de la C.I.F / OMS et capable de soutenir un vrai système de classification des
218 patients (S.C.P), notamment dans une perspective de tarification soutenant des programmes à forte technicité
219 et densité de rééducation et réadaptation (RR). Ceci nous paraît un point fondamental pour un avenir proche.

220

221 **II : Concernant les besoins des patients :**

222 **A / Besoins non couverts**

223 | Aucun patient ne doit rester avec des besoins de santé importants non couverts, sinon à l'exposer à un risque
224 de perte de chance, et à une majoration de la dépendance et des coûts secondaires induits.
225 La politique de santé mise en œuvre au point de vue de chaque région au travers des PRS doit être très
226 vigilante à une répartition équilibrée et harmonieuse des moyens du SSR, aux bénéfices des différents bassins
227 de population. Ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui, dans plusieurs régions.

228 Pour répondre aux besoins des patients, les soins de MPR en SSR requièrent des compétences spécifiques et
229 multidisciplinaires. Les structures SSR / MPR doivent être dimensionnées et œuvrer en réseau pour assurer la
230 continuité de soins sans risque de rupture de parcours pour les patients.
231 Cela doit être adapté aux ressources des territoires, au contexte d'environnement social, culturel et lieu de vie
232 des personnes handicapées. Elles doivent développer la formation professionnelle continue, incluant le DPC de
233 leurs personnels, pour adapter leurs connaissances aux typologies de populations accueillies.

234 Les SSR MPR pédiatriques se justifient d'autant plus qu'au moins 50 % des journées de SSR pédiatriques à l'échelle
235 nationale sont à orientation « neuro-locomoteur ». Ils apportent une réponse aux besoins d'évaluation, de rééducation, de
236 réadaptation et de réinsertion (RRR) des enfants de tout âge (de 0 à 18 ans) avec une condition chronique sur un territoire
237 de santé donné. Ils sont une interface de lieu et de parcours entre les services d'amont (CHU-CH) et les établissements
238 médico-sociaux proposant une offre de RRR dédiés aux enfants et à leur famille incluant HC, HTP et consultations de suivi
239 de la condition chronique de l'enfant. Pour les SSR pédiatriques, la scolarisation de la maternelle au lycée et à
240 l'enseignement supérieur est un élément incontournable, les enseignants et éducateurs spécialisés sont des acteurs à part
241 entière de la prise en charge en particulier dans les déficiences /incapacités cognitives et/ou psychiques. Leurs spécificités :
242 (1) un temps de soins plus long pour tous les professionnels de RRR, (2) une formation très spécifique des professionnels de
243 RRR à la prise en charge des enfants avec affections chroniques (3) le suivi scolaire auprès d'une école adossée au SSR, (4)
244 une place particulière pour les familles avec des possibilités d'accueil des familles en particulier pour les enfants les plus
245 jeunes (nourrissons). A l'avenir l'ambulatoire et les ACE continueront à se développer au sein de pôles territoriaux de
246 proximités.

247 Chez les actifs, après l'apparition d'un handicap, la réinsertion professionnelle précoce obéit à la recommandation **D.P.I**
248 « Démarche précoce d'insertion en établissement de SSR spécialisé, relevant des champs de compétences de la MPR » qui a
249 reçu le label de la HAS en 2011, requiert des compétences spécifiques qui s'expriment dans la constitution d'équipes
250 dédiées, organisées autour du médecin spécialiste en MPR, et du médecin du travail associant compétences médicales,
251 paramédicales, sociales et professionnelles selon le modèle « Comète France »

252 Possibilité aussi de cabinets d'exercice libéral (ex à Bordeaux) avec plateaux techniques adaptés comprenant des
253 professionnels de santé exclusivement libéraux : médecins MPR, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes,
254 psychologues, infirmiers et accueillant des personnes handicapées neurologique adressés dans 40% des cas par les SSR. Ce
255 type de cabinet assure une prise en charge globale de proximité pour le patient et son entourage, avec un rôle
256 organisationnel, structurant et facilitateur dans le cadre du parcours de soins et du parcours médico-social de chaque
257 patient, facilitant ainsi le retour au domicile de façons accompagnée. Le praticien MPR libéral avec son équipe est à la fois :
258 Prescripteur de soins au sens large et de rééducation ; Interlocuteur privilégié des médecins traitants et des médecins
259 spécialistes ; Partenaires actifs des structures médico-sociales, professionnelles et juridiques
260 Il s'agit d'un exemple d'organisation multidisciplinaire, coordonnée autour de la MPR libérale agissant en interface et en
261 complémentarité avec les SSR, qui pourrait être répliqué au niveau national sans aucun coût supplémentaire

262 L'accès aux soins en SSR peut être limité par :
263 Une offre quantitativement insuffisante
264 Une offre qualitativement inadaptée aux besoins
265 Une offre trop éloignée du domicile
266 Une orientation médicale non adaptée
267 Un accès difficile voire impossible aux structures de Recours ou d'expertise
268 Des modalités de prise en charge non adaptées
269

270 **B / Evolution des besoins**

271 Les besoins de réadaptation sont en constante augmentation du fait du vieillissement de la population, des
272 maladies chroniques, des poly pathologies et des limitations fonctionnelles qui en résultent. Cette situation
273 incite la plupart des pays à définir une **stratégie nationale de réadaptation fondée sur l'optimisation de la**
274 **fonction (fonctions organiques, activités et participation au sens de la C.I.F/OMS)**. Elle est fondée sur des

275 données probantes, tant au regard des interventions que des compétences requises, des plateaux techniques
276 de l'organisation des soins et de la réglementation de la Santé.

277 L'affaiblissement des réseaux de soins et de soutien, l'isolement social et la précarité des patients, augmentent
278 le recours à l'hospitalisation et rendent plus difficile les sorties au domicile.

279 La couverture des besoins implique que le système de financement puisse couvrir les prises en charge à fortes
280 densité de rééducation réadaptation. Faute de la spécification des processus clés des SSR, les Groupes Médico-
281 Economiques ne décrivent pas des profils homogènes de besoins, ils ne peuvent que décrire des coûts
282 hétérogènes selon les activités qui les produisent. Les profils homogènes de besoins et de coûts comparables
283 ne peuvent être repérés par la classification des actes, notamment ceux qui requièrent des activités à forte
284 densité de RR, en particulier si l'on recentre la définition la définition de la RR sur l'optimisation de la fonction
285 (fonctions organiques et activités au sens de la C.I.F). La définition de groupes homogènes de patients au
286 regard de finalités redéfinies des SSR, passe par la **prise en compte de la temporalité**, en particulier pour les
287 maladies à début aigu requérant des soins de réadaptation (exemple des lésions cérébrales acquises : primo-
288 réadaptation, ou réinduction à distance ou réadaptation après chirurgie fonctionnelle).

289 Le seuil d'activité repose sur une organisation définie pour chaque patient sur la base d'un ou plusieurs
290 Programmes de soins dans le cadre de son Parcours. Chaque Programme fixe les soins requis tant sur le plan
291 quantitatif que qualitatif. Il détermine le contenu des séances, leur fréquence, et les séquences. Le parcours
292 comporte des phases successives, plus ou moins intensives, et des critères d'observance, de succès ou d'échec.
293 L'HAD-R et les équipes mobiles SSR sont des nouvelles modalités mais insuffisamment développées, favorisant
294 la coordination en ambulatoire, la rééducation réadaptation en situation de vie quotidienne. La consultation
295 est indispensable au suivi.

296 La téléconsultation, la télé expertise sont aujourd'hui insuffisamment développées faute de moyens en
297 particulier avec l'ambulatoire et le médico-social

298 **III / Concernant la pertinence des soins :**

299 *Indications relevant d'une prise en charge selon différentes modalités ... et les évolutions pressenties*

300 Les algorithmes d'orientation (encore à créer) et de prise en charge des patients en SSR, fondés uniquement
301 sur le jugement clinique ne sont pas suffisants. La promotion de la pertinence des soins en SSR devra s'appuyer
302 sur des paramètres d'indication robustes, construits sur les dimensions de la C.I.F en particulier les indicateurs
303 de statut fonctionnel de réduction d'activité ainsi que d'évaluation du potentiel de réadaptation.
304 En leur absence, des patients au profil de besoins identique mais insuffisamment captés par le système
305 d'information, peuvent être pris en charge sous des modalités très différentes avec des soins inégaux et des
306 coûts très variables. Ces indicateurs de statut fonctionnel sont d'excellent prédicteurs des coûts de prise en
307 charge en soins post-aigus. Ils doivent être intégrés au système d'information et se substituer rapidement à
308 l'actuelle mesure de la dépendance PMSI, qui n'est pas suffisamment discriminante.

309 Chaque fois que possible la pertinence des soins/des interventions s'appuiera sur une évaluation quantifiée
310 fonctionnelle visant à montrer un impact dans le maintien des capacités ou la progression fonctionnelles (ex :
311 expérimentation en cours, du score d'autonomie : **SAS/Sofmer**) et la réduction de la contrainte de soin et
312 d'assistance. Cette évaluation doit prendre en considération le potentiel et le pronostic déterminé pour le
313 contexte spécifique, pour ne pas conduire à sélectionner des compartiments pour lesquels la mobilisation de
314 ressources est la moins utile : sujets d'évolution spontanément favorable ou patients très dépendants mais peu
315 accessibles aux moyens rééducatifs spécifiques relevant de parcours médico-sociaux médicalisés, personnes en
316 fin de vie relevant des soins palliatifs. Les soins fournis en SSR doivent être définis en termes de moyens
317 quantitatifs et qualitatifs (compétences des thérapeutes et technicité, moyens et plateau technique requis).
318 Des progrès restent à faire dans l'optimisation filières déjà organisées (AVC, TC et médullaires), mais surtout
319 dans les « filières oubliées » notamment les affections neurologiques évolutives, les TC légers...

320 *Les critères des activités de Recours : La pertinence de la gradation des soins*

321 Les activités de réadaptation en général et de MPR en particulier s'organisent dans des structures intégrées
322 permettant l'articulation des ressources compétences individuelles et collectives : effectifs, installations et

323 équipement. Elles devront faire l'objet d'une planification de l'offre de soins, fondée sur une stratégie de santé
324 fonctionnelle / du fonctionnement, et être fournis par le biais de réseaux coordonnés (« hub and spokes »), afin
325 de couvrir tous les parcours de soins.

326 Le patient doit être adressé vers une structure délivrant le niveau approprié de soins de réadaptation, sur la
327 base des résultats de l'évaluation des besoins à l'aide d'un système de classification des patients (*Cf figure en*
328 *pyramide du white book adaptée de Kiekens*).

329 Ces niveaux dépendent de la complexité des besoins et des objectifs de réadaptation ainsi que de l'incidence /
330 prévalence de l'état de santé : général ou primaire (note personnelle, spécialisé ou secondaire et hautement
331 spécialisé ou tertiaire.

332 Des seuils doivent être définis pour garantir la compétence des équipes, les indicateurs doivent s'inscrire dans
333 un système de classification des patients, au sein d'un système d'information intégré. Fondés sur les
334 dimensions de la C.I.F, ils doivent permettre de déterminer vers quel programme les patients doivent être
335 orientés, servir de base à une analyse de la pertinence des soins, aux déterminants essentiels de coûts et à un
336 système de classification à visée tarifaire reflétant les grands types de prises en charge cliniques.

337 L'activité de recours des soins de MPR en SSR est efficiente si elle intervient au bon moment.
338 Elle tient compte des besoins spécifiques du patient en fonction du pronostic vital, fonctionnel et social et de
339 ses capacités fonctionnelles au moment de l'évaluation afin de lui permettre de bénéficier des soins adaptés à
340 sa situation. La prise en charge en SSR-MPR n'est pas efficiente si elle intervient trop tôt chez un patient dans
341 l'incapacité fonctionnelle de participer à un programme intensif, ou trop longtemps après que les objectifs
342 fonctionnels fixés soient atteints.

343

344 **IV / Concernant le développement de l'Ambulatoire :**

345 *Typologie des patients ; critères cliniques ou organisationnels favorables*

346 Les typologies des patients accessibles au développement de l'Ambulatoire en SSR /MPR ont beaucoup évolué
347 ces dernières années, plus ouvertes et nombreuses. Rien ne s'oppose aujourd'hui à l'ambulatoire sinon les
348 phases aiguës des maladies ou des accidents, et l'accès à certains moyens spécialisés/techniques non
349 accessibles au domicile.

350 D'autres limites d'accès aux ressources dans le contexte ambulatoire sont la prise en charge des transports,
351 leur accessibilité dans un délai raisonnable avec une intensité thérapeutique requise, les possibilités de relais
352 thérapeutiques.

353 Pour Faciliter le développement des activités ambulatoires :

- 354 • Proximité, interdisciplinarité, prise en charge des transports, vers des structures d'appui (réseaux,
355 établissements référents)
- 356 • Disponibilité des ressources professionnelles spécialisées de proximité
- 357 • Soutenir les critères de prise en charge en HTP par des indicateurs de pertinence des soins.
- 358 • Promouvoir l'HTP/ambulatoire par des incitatifs financiers (Réforme Tarifaire, DMA ... ?)
- 359 • Sécuriser les conditions techniques de fonctionnement des équipes de SSR/MPR en HTP
- 360 • Distinguer les spécificités des HDJ pour la réalisation de bilans associant explorations cliniques et
361 instrumentales
- 362 • Mieux intégrer et valoriser les volets SSR, ambulatoires dans les PRS Régionaux.
- 363 • Faciliter dès la phase aiguë la réadaptation précoce, centrée sur la récupération des fonctions altérées
364 et sur l'intégration familiale et sociale, voire professionnelle.
- 365 • Identifier les sous-groupes de personnes à risque spécifique nécessitant un suivi spécialisé au long
366 cours
- 367 • Faciliter l'accès direct et promouvoir la mission de recours des HTP.

- 368 • Fluidifier les parcours sanitaire/médico-social incluant de mesures incitatives de tarification sanitaire
369 • Développer l'HAD de réadaptation, et les Equipes mobiles de Réadaptation
370 • Soutenir les financements ACE des ESSR pour optimiser le suivi en particulier dans le champ du
371 handicap.

372

373 *Les indications d'une prise en charge en HTP : annexe « [HOSPITALISATION DE JOUR OU A TEMPS PARTIEL EN MEDECINE PHYSIQUE ET DE](#)*
374 *[READAPTATION](#) » (Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER, mars 2017).*

375

376 **V / Concernant les conditions de prise en charge :**

377 *Quels sont les moyens nécessaires (PTS ? Compétences...) Quels besoins en formation.*

378 **Moyens nécessaires**

379 Les moyens nécessaires (plateaux techniques, compétences professionnelles et effectifs suffisants) pour la
380 prise en charge des patients dans le respect des bonnes pratiques, sont définis sous forme de
381 recommandations dans les documents rédigés dès 2007 par la SOFMER et CNP de MPR (SSR systèmes nerveux
382 et SSR locomoteurs). Ces documents vont être remis à jour et adaptés à une gradation des soins ainsi
383 qu'aux innovations technologiques à hauteur des preuves de leur efficacité.

384 Modalités de prise en charge en Hospitalisation SSR/ MPR spécialisés/ : Hospitalisation complète (HTC) ou HDJ :
385 si le patient nécessite des soins intensifs de rééducation et des soins en tenant compte de son environnement
386 architectural et social pour l'orienter sur HTC ou HDJ. L'HAD-R et les équipes mobiles SSR sont des nouvelles
387 modalités insuffisamment développées mais favorisant la coordination en ambulatoire, la rééducation
388 réadaptation en situation de vie quotidienne. La consultation A.CE est indispensable au suivi.
389 La téléconsultation, la télé expertise sont encore trop embryonnaires mais méritent réflexion en particulier
390 avec les structures médico-sociales. Des prises en charge de très courte durée peuvent et doivent être
391 organisées pour des besoins très particuliers selon les évaluations.

392

393 **Besoins en formation**

394 La formation s'adaptera progressivement aux nouvelles technologies de l'information et des thérapeutiques
395 médicamenteuses et non médicamenteuses.

396 Les nouveaux besoins doivent guider l'évolution de la formation : vieillissement, maladies chroniques, maladie
397 neurodégénératives, polyopathologies ... La réadaptation des affections cancéreuses devra être mieux prise en
398 compte. Les maladies neurologiques évolutives et l'arthrose devront faire l'objet d'encre plus d'attention.

399 Concernant MPR et maladies cardiovasculaires, l'évolution des thérapeutiques (pharmacothérapies, assistance
400 ventriculaire, dispositifs implantés de resynchronisation, de défibrillation....) est à l'origine d'une grande
401 diversification des profils pathologiques justifiant un ajustement régulier des formations professionnelles afin
402 de correctement organiser et réaliser le parcours du patient : prise en charge hospitalière réservée aux patients
403 les plus lourds, élargissement de l'ambulatoire, Exemple : rééducation cardiovasculaire « connectée » pour les
404 patients à réinsérer le plus rapidement possible au domicile.

405 La formation en MPR nécessite d'intégrer les nouvelles modalités de coordination des parcours de soins
406 complexes entre soins hospitaliers, de ville et secteurs de l'action sociale (filiales hospitalières, coordinations
407 amont-aval, consultations avancées et équipes mobiles, MDPH, sortie précoce accompagnée, coordination des
408 parcours de santé).

409 - **La formation continue outil indispensable au développement des compétences** des professionnels de santé
410 en rééducation (masters) doit être pensée tant dans le développement individuel que dans le développement
411 de compétences d'orientation interprofessionnelle. Une meilleure intégration des compétences partagées
412 entre les métiers de la réadaptation doit être recherchée. Les médecins du secteur gagneraient aussi à être
413 formés précocement au management des unités de soins et des filiales médico-sociales et de formation.

414 Les infirmières de réadaptation sont un enjeu pour le développement des SSR tant en hospitalisation qu'en
415 ambulatoire et dans les prises en charge à domicile avec une capacité d'orientation et d'accompagnement des
416 patients vers les champs de compétences identifiés et complémentaires des autres métiers de la santé.

417 **Répondre aux besoins par des programmes de soins pertinents**

418 Indications relevant d'une prise en charge selon différentes modalités ... et les évolutions pressenties pour
419 chaque patient. L'orientation des patients en SSR fondée uniquement sur le jugement clinique sont aujourd'hui
420 insuffisants. La promotion de la pertinence des soins en SSR devra s'appuyer sur des paramètres d'indication
421 robustes et des algorithmes construits sur les dimensions de la **C.I.F** en particulier les indicateurs de statut
422 fonctionnel **I.S.F** ainsi que d'évaluation du potentiel de réadaptation. En leur absence, des patients au profil de
423 besoins identique mais insuffisamment captés par le système d'information, peuvent être pris en charge sous
424 des modalités très différentes avec des soins inégaux et des coûts très variables.

425 Ces outils de statut fonctionnel sont d'excellent prédicteurs des coûts de prise en charge en soins post-aigus, ils
426 doivent être intégré au système d'information et se substituer rapidement à l'actuelle mesure de la
427 dépendance PMSI.

428 Le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) a fait l'objet de critiques sévères de la part
429 de la mission ministérielle conduite par O. Véran qui préconisait sa suppression ou sa simplification radicale. Il est
430 jugé trop complexe, sujet à une trop grande hétérogénéité du codage dont le contrôle de la qualité est quasiment
431 impossible. Aujourd'hui tous les professionnels peuvent coder tous les actes, sans définition précise du périmètre de
432 la démarche de RR, laissant à l'appréciation de chacun les limites de ses compétences. En outre, la référence aux
433 notes de contenu d'un acte global n'est plus obligatoire et laisse chaque codeur libre de l'interprétation de la nature
434 rééducative de son action. Le CSARR doit être recentré sur les activités spécifiques dédiées à l'optimisation de la
435 fonction afin de traduire l'intensité et la complexité des programmes que les structures intégrées de SSR conçoivent,
436 coordonnent et mettent en œuvre.

437

438 **Des indicateurs de pertinence fondés sur la CIF**

439 Les groupes de patients et les programmes de soins ne se définissent pas par pathologie mais par les
440 conséquences fonctionnelles de ces pathologies, le potentiel de réadaptation, les facilitateurs et les obstacles.

441 **Les critères de prise en charge en MPR** décrivent les indications qui relèvent d'une prise en charge en SSR
442 spécialisés de MPR selon diverses modalités : hospitalisation complète (HC), à temps partiel (HTP) Ambulatoire,
443 ACE, expertise, mission, ressource...). Les critères de prise en charge en HTP rédigés par le **groupe Rhône-Alpes**
444 ont été revus et publiés en 2017, en lien avec les nouvelles perspectives de prise en charge ambulatoire.

445 Dans le cadre de la Section MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes (**UEMS**) a été défini le
446 concept de programme de soins en MPR. Ces programmes permettent une description de tous types d'activité
447 de MPR et peuvent être accrédités sur le plan international. Ils reposent sur des fondements épidémiologiques
448 et scientifiques validés, la définition d'une population cible, des objectifs thérapeutiques et de réadaptation, un
449 contenu structuré comportant une démarche diagnostique, des évaluations et des interventions
450 thérapeutiques avec un séquençage temporel, des moyens matériels et humains adaptés faisant appel à la
451 coopération interdisciplinaire et interprofessionnelle, précisant les rôles de chacun, une gestion de
452 l'information et une démarche d'amélioration de la qualité.

453 Les recommandations ont aussi pour objet de mieux intégrer les parcours de soins en favorisant les
454 coordinations territoriales et régionales. La différenciation de programmes spécialisés ne se conçoit qu'au sein
455 de parcours intégrés comme les décrivent une série de « parcours de soins » publiés par SOFMER/ FEDMER,
456 proposant le chemin optimal du patient en fonction du niveau de gravité et de plusieurs autres critères.
457 Une proposition de recommandations sur les données d'un système uniforme de données nécessaires à une
458 classification et d'indicateurs qualité en SSR, inspirée de l'**AAPRM**, est en pièce jointe.

459 Face à la nécessité de construire un système de classification des patients, il est indispensable de repérer les
460 déterminants de l'hospitalisation et des soins en SSR au sein d'un système d'information incluant l'ensemble

461 des soins post-aigus/non aigus, qu'ils soient hospitaliers avec hébergement, en HTP, en soins ambulatoires ou à
462 domicile. Trois processus clés des SSR français pourraient être distingués si l'on veut aboutir à un système
463 d'indicateurs de qualité et de pertinence de soins, et au-delà, à des indicateurs de coûts et d'allocation des
464 ressources.

465 1. Prolongation de soins médico-techniques importants (SMTI) requérant l'hébergement. Cela repose sur des
466 indicateurs de l'importance des soins médico-techniques (CIM, charge en soins techniques)

467 2. Soins centrés sur l'optimisation de la fonction. Cela repose sur des indicateurs de statut fonctionnel en
468 termes de fonctions organiques, activités et participation (CIF), mais aussi sur l'analyse du potentiel de
469 réadaptation. Ces soins peuvent nécessiter l'hébergement en fonction des programmes spécifiques de
470 réadaptation et des déterminants associés (SMTI et/ou soins de transition).

471 3. Soins de transition requérant l'hébergement, centrés sur l'intégration sociale et l'adaptation de
472 l'environnement. Cela repose sur le recueil de facteurs facilitateurs, faisant obstacle à la participation.

473

474 **VI / Concernant l'Innovation :**

475

476 **Innovations technologiques :**

477 Pour les patients

478 • La robotique est appelée à occuper une place croissante dans les plateaux techniques spécialisés de
479 MPR, la recherche s'attachera à valider ces méthodes.

480 • *La réalité virtuelle* et les environnements intelligents sont déjà bien utilisés.

481 • L'avancée des moyens de réparation (homme augmenté, homme réparé) ouvre de nouvelles
482 possibilités de restauration fonctionnelle.

483 • Les objets connectés sont déjà aujourd'hui largement accessibles : ils doivent permettre le
484 développement de programmes de rééducation hors les murs des structures de soins, en milieu de vie
485 habituel, favorisant ainsi une réinsertion précoce. Les exemples en MPR/cardiologie
486 /pneumologie/neurologie ...sont multiples : cardiofréquencesmètres, tensiomètres, accéléromètres,
487 GPS...

488

489 Pour les professionnels du secteur

490 • DATA et *Intelligence artificielle* apporteront une aide et libéreront le temps de professionnel pour les
491 tâches complémentaires exclusives. (Politique gouvernementale en cours)

492 • La place de *la simulation* pour la formation des étudiants sera renforcée.

493 • La télé médecine notamment via le télé diagnostic et le télé monitoring encore insuffisamment
494 développé représente cependant pour l'avenir une opportunité à faire face aux besoins sans cesse
495 croissants d'avis MPR sur le versant fonctionnel des pathologies incapacitantes. Elle doit permettre
496 une orientation précoce des patients pour l'instant (pour une large part) exclus d'une approche
497 holistique : déserts médicaux, structures sanitaires ne disposant pas de compétences en MPR (médico-
498 social, hôpitaux périphériques, EPHAD, GHT...). Elle peut être à l'avenir un soutien robuste au maintien
499 à domicile.

500

501 **Innovation organisationnelle**

502 L'organisation des programmes de soins et des parcours, qu'ils concernent les soins en établissements ou les
503 soins de ville, permettra de limiter les situations de rupture, les chevauchements de compétences et donc les
504 prises en charge inadaptées coûteuses.

505 Les redistributions de tâches, des compétences et donc des responsabilités entre les médecins et les autres
506 professionnels de santé sera un enjeu majeur des 10 ans à venir, lié au phénomène inéluctable de la croissance
507 démographique des populations âgées et chroniques.

508 Ces innovations nous obligerons à une refonte des formations initiales et continues et y associeront les
509 associations d'utilisateur ; de nouvelles plateformes de coordination et d'orientation se développeront les rapports
510 professionnels pourront être profondément transformés
511

512 **L'e-santé dans le champ SSR.**

- 513
- E-santé/ téléconsultation La place de l'e-santé pour les soins de recours en MPR est importante tant
514 pour les téléconsultations que pour la télé expertise.
 - Mais elle est aujourd'hui bridée faute de moyens et de financement
- 515
- Les systèmes de prises de rendez-vous en ligne doivent permettre de mieux orienter les patients
516 vers les compétences nécessaires en MPR.
 - La recherche de remplaçants bénéficie également des nouveaux modèles économiques qui
517 émergent actuellement.
 - Formation et information, en lien avec les associations d'utilisateurs et les familles.
- 518
519
520

521

522
