

Réformes de l'organisation et du financement des SSR : la gestion des paradoxes en réadaptation

J-P Devailly - L. Josse - CHU Avicenne Bobigny

Paru dans: Journal de réadaptation médicale Volume 28, numéro 2 pages 72-80 (juillet 2008) Doi : 10.1016/j.jmr.2008.07.017

Une cascade de réformes déferle sur les Etablissements de Santé dans un contexte de profond désenchantement des professionnels impliqués dans les processus de réadaptation. Ceux-ci ont le sentiment de fournir des soins souvent trop peu adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie, alors que l'organisation sanitaire peine à adapter les structures et les mécanismes de liaison.

L'objectif principal d'une politique en matière de santé consiste à garantir des soins adéquats, de haute qualité et accessibles à tous. En d'autres termes, un système de réadaptation équitable doit permettre à toute personne de recevoir les soins dont la qualité correspond à l'état actuel des connaissances et dont le contenu réponde à ses besoins de santé.

Après avoir survolé les éléments principaux des réformes récentes en France, nous expliciteront au travers de quelques modèles internationaux comment un système de classification des patients pourrait améliorer le dispositif français dans le sens de l'équité et de l'efficacité de l'accès aux soins. Un tel système suppose de définir et valider une stratification des besoins en groupes homogènes de patients correspondant à des structures adéquates aux soins requis sous l'angle de l'organisation et du financement. Cette graduation des soins s'accompagne nécessairement de mécanismes complémentaires de liaisons en réseau.

I - Cadre normatif : impacts potentiels des réformes en SSR

Nouveaux décrets relatifs aux activités de SSR et révision des SROS 3 SSR

Le paysage des SSR est hétérogène avec un centre de gravité dans le secteur privé non lucratif pour la MPR et de grandes disparités régionales. Les anciens préventoriums et sanatoriums sont devenus des Centres de Rééducation Fonctionnelle et beaucoup d'entre eux, gérés par le secteur associatif ou mutualiste, sont restés privés à but non lucratif.

En 2003, sur 28264 lits de MPR, 8588 sont en secteur public, 10864 en PSPH, 1549 en PNL (non PSPH) et 7263 en privé lucratif (source SAE).

Le Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ¹supprime la segmentation entre autorisations en soins de suite d'une part et en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles d'autre part. Il confirme une autorisation générique: « les soins de suite et de réadaptation ». L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Les admissions directes sont possibles. Il supprime également l'activité de repos convalescence.

Une autorisation est identifiée pour la prise en charge enfants / adolescents.

Une autorisation est identifiée pour neuf prises en charge spécialisées en SSR :

- appareil locomoteur,
- système nerveux,
- cardiovasculaire,
- respiratoire,

- affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien,
- affections onco- hématologiques,
- brûlés,
- conduites addictives,
- personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

La définition des équipes pluridisciplinaires et des plateaux techniques est en cours. S'agissant des prises en charge spécialisées des affections de l'appareil locomoteur, le médecin coordonnateur est qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR). Pour celles du système nerveux, le médecin coordonnateur est qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation ou en neurologie ².

Ici émerge un premier paradoxe : alors qu'il semble promouvoir l'intégration des soins en mettant en avant le processus de réadaptation comme démarche partagée par toutes les structures de SSR, ce décret, d'un même mouvement, risque de le priver de sa substance en cantonnant dans le code de santé publique l'activité de réadaptation aux seuls SSR. Il cloisonne et rend peu lisible le processus global de réadaptation qui suppose un dispositif de réadaptation précoce dès les soins aigus et une réadaptation continue au-delà de l'hospitalisation. Il pourrait limiter également, par la segmentation choisie pour les SSR spécialisés, la possibilité d'un système gradué de soins de réadaptation fondé sur la technicité requise pour de groupes de patients dont les besoins sont proches. Malgré la promotion de mécanismes de liaison comme les coordinations SSR et les équipes mobiles, destinées à mieux coordonner la continuité des soins il pourrait approfondir la fragmentation financière et culturelle entre l'aigu, le post-aigu, la ville et le secteur médico-social

PMSI, T2A et réadaptation

En soins de courte durée : les soins de support non fléchés en danger

Le rapport Molinié ³ souligne plusieurs effets pervers potentiels de la T2A en court séjour : risque de sélection des patients, risque inflationniste, risque de perte de qualité des soins par segmentation des séjours et par moindre financement des unités de soins de support. Les unités prestataires de réadaptation dans les hôpitaux aigus, médicalisées ou non, risquent d'être affaiblies comme toutes les unités orientées sur le retour et le maintien au domicile.

En revanche, il précise que l'intégration ville – Soins de Courte Durée (SCD) – Soins de Suite et de Réadaptation et qu'une meilleure organisation de la sortie et de l'insertion des patients complexes amélioreraient le fonctionnement des établissements. Le rapport Larcher ⁴ insiste sur les risques humains et financiers d'une telle aggravation de la fragmentation de la prise en charge des patients complexes.

Quand existe une unité d'hospitalisation SSR, en particulier de MPR dans un hôpital aigu, l'organisation de la Rééducation Fonctionnelle est souvent celle du « service central de MPR ». Le maintien d'un équilibre harmonieux entre les effectifs dédiés au court séjour et au SSR conduit souvent à un périlleux exercice de gestion !

En SSR

A l'heure du passage à 100% de la tarification à l'activité (T2A) en soins de courte durée, la réforme des autorisations favorise davantage la fluidité selon une logique de filières d'aval de l'aigu que la pertinence des orientations selon les contraintes techniques présidant aux interventions requises.

Une forte pression de fluidité du court séjour sur les lits de SSR, associée à la sélection des patients selon le profil tarifaire par certains établissements, risque de laisser au service public hospitalier les patients les plus lourds sous l'angle des pathologies, des soins techniques, du nursing, de la rééducation et de la complexité sociale.

En l'absence de définition précise des conditions techniques de fonctionnement, l'arrivée annoncée de la T2A en SSR sous des modalités encore à l'étude, engendre un sentiment de forte vulnérabilité. Si l'intégration des soins est favorisée par les réformes, ainsi que les admissions directes, une éventuelle graduation territoriale des plateaux techniques est laissée aux régions et sera un enjeu de la révision des SROS 3 dans les mois à venir.

Il s'agit, en particulier, pour la Médecine Physique et de Réadaptation, dans le nouveau découpage des structures, de maintenir les prestations requises pour les activités de réadaptation à orientation neurologique et locomotrice où cette spécialité a une expertise d'intégration.

La simulation des tarifs dans certaines régions ou à l'initiative d'établissements montre que la mise en œuvre de la T2A en SSR va mettre certaines structures en difficulté. Les tarifs moyens ont été calculés en comparant des prises en charge effectuées dans des plateaux techniques très hétérogènes quant aux profils des patients accueillis et aux niveaux de technicité sans indicateur de pertinence des admissions ni de performance quant au devenir des patients.

Les prises en charge lourdes et / ou intensives supposent une discrimination préalable des exigences techniques pour y adapter le niveau de financement des plateaux techniques spécialisés. Les professionnels soulignent l'intérêt de promouvoir une construction optimale de l'offre territoriale en MPR, conjuguant polyvalence et spécialités de l'offre graduée en SSR.

Avec la disparition de la distinction entre soins de suite et de RF et en l'absence d'un système de classification des patients et des structures, la tarification risque de lisser les revenus des établissements SSR. Une tarification modulée, qui reflète finement le niveau de technicité de l'activité réalisée, est indispensable au maintien de ressources suffisantes aux activités plus coûteuses, particulièrement en MPR.

La sous estimation des prises en charge lourdes pourrait en l'absence de correctifs pénaliser les patients à forte complexité bio-psycho-sociale par le tri effectué par les structures en fonction des risques d'un séjour prolongé. Les établissements pouvant facilement effectuer une sélection de leurs patients, comportant une masse critique suffisante et / ou une diversification des lits de SSR pourront plus aisément s'adapter à la T2A.

La gouvernance et les pôles d'activités

Censée améliorer les processus de décision par une meilleure intégration fonctionnelle entre professionnels, administration, financements et système d'information, la mise en place des pôles a souvent épaissi la pyramide hiérarchique au détriment de la réactivité nécessaire à une gestion optimale des équipes et plateaux médico-techniques de rééducation. Dans ce contexte, la disparition des « tableaux des effectifs » au profit de la « masse salariale des emplois rémunérés » met en danger des unités de support non fléchées dont l'apport est insuffisamment évalué en termes de service rendu et de gains financiers potentiels. Cette difficulté est moindre dans des structures SSR, *a fortiori* quand elles ont une activité unique (purement MPR par exemple).

Dans les hôpitaux publics les kinésithérapeutes sont le plus souvent regroupés en unités transversales prestataires sous forme de plateaux techniques de RF ou de services centraux de MPR si elles sont médicalisées. La gouvernance n'a guère modifié ces organisations, source d'économies d'échelle pour les professions rares à l'hôpital, que l'unité soit rattachée

administrativement à un pôle ou au conseil exécutif. En revanche, le fonctionnement est souvent alourdi. Outre le manque de réactivité évoqué plus haut, persistent des irritants liés à l'auto prescription d'activité et à la tendance à la définition unilatérale des besoins alors que devrait se développer un dialogue de pertinence de la prescription prélude à la contractualisation avec les pôles bénéficiaires. La réponse aux besoins de soins en terme de réadaptation précoce est de plus en plus difficile en raison de la pénurie de personnel et de la transition démographique qui entraîne une évolution des profils de patients hospitalisés de plus en plus âgés et / ou dépendants.

Les défauts d'intégration des soins

L'hôpital aigu est insuffisamment organisé pour préparer le retour et le maintien au domicile des patients. La coordination collective des acteurs internes et externes requise par les patients complexes n'y est pas favorisée. Les systèmes coordonnés d'orientation en aval sont encore trop rares (coordinations SSR, équipes mobiles de coordination). En interne, le fonctionnement est séquentiel : d'abord médical, puis, le patient étant déclaré médicalement sortant, social. Les contacts avec les acteurs externes de la redomiciliation, de l'orientation, de l'hébergement sont confus et aléatoires (professionnels de ville ou du secteur médico-social, SSIAD, SAMSAH, MPDH, SAVS, services sociaux, logement social).

En SSR, l'organisation interne favorise les projets d'insertion, cependant le cloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux pose des problèmes similaires de suivi continu et coordonné. Les partenariats doivent aussi s'organiser avec les structures de réadaptation professionnelle (démarche précoce d'insertion, centre de pré-orientation, UEROS, CRP) et avec les structures médico-sociales d'hébergement (MAS, FAM).

La coordination des acteurs de santé autour des patients atteints de pathologies et états chroniques graves pose un problème majeur de santé publique car elles présentent une part croissante dans les dépenses de santé. La fragmentation du système français avec ses cloisonnements intersectoriels et ses enveloppes financières distinctes ne favorise ni la collaboration des acteurs ni l'évaluation globale des coûts. Ces défaillances dans l'intégration des soins interrogent tout le système de soins dès l'hospitalisation aiguë. Elles sont difficiles à évaluer faute d'indicateurs de santé explorant les dimensions d'incapacité fonctionnelle voire de complexité bio-psycho-sociale.

Elles sont dénoncées de longue date par les professionnels et les associations et plus récemment par le rapport Larcher⁵

- « *les défauts de coordination dans le parcours du patient* » et l'impérieuse nécessité de « *mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation* ».

- « *Les défauts de continuité des soins concernent essentiellement les personnes dont le parcours les mène de la ville à l'hospitalisation, puis vers le domicile ou une structure de suite (quel que soit son statut) : personnes âgées, handicapées, mais aussi personnes atteintes d'affections invalidantes (personnes traumatisées ou victimes d'AVC notamment).* »

- « *Ces situations illustrent une vision de la médecine donnant un primat à sa dimension technique, au détriment de soins pourtant fondamentaux pour les patients : médecine de réadaptation, gériatrie, suivi des maladies chroniques, prise en charge médico-sociale.* »...

- « *... la coupure, qui est autant institutionnelle que culturelle, entre le domaine sanitaire et le domaine social et médico-social représente un obstacle à une bonne coordination des prises en charge. En effet, les modes de prise en charge et les techniques d'interventions obéissent dans*

ces deux secteurs à des logiques différentes, alors que l'approche pluridisciplinaire devrait y être similaire. »

- « ...La faiblesse des soins de suite conduit à des inadéquations en court séjour, et donc à des défauts de qualité et des surcoûts (différence des tarifs d'hospitalisation). Le développement insuffisant de services destinés au maintien ou au retour à domicile des malades chroniques conduit également à des inadéquations ».

II - Cadre conceptuel : organisation et de financement de la MPR

En France, une terminologie complexe et non stabilisée permet de distinguer dans le champ de la réadaptation les notions de soins de rééducation fonctionnelle (RF), de professionnels de rééducation, d'autorisations en soins de suite et de réadaptation (SSR), de spécialités médicales structurantes, dont la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), et de structures comme les « centres de rééducation fonctionnelle » (CRF).

Dans le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé de Belgique, publié en 2007, intitulé « Organisation et Financement de la Réadaptation Locomotrice et Neurologique en Belgique »⁶, une analyse de la littérature internationale a permis une comparaison des systèmes de soins en terme d'organisation et de financement de la réadaptation. Il fait suite à un précédent rapport du sous-groupe de travail ministériel ayant pour objet le « Réseau de rééducation et de réadaptation locomotrice et neurologique », publié en novembre 2006⁷.

Ces rapports définissent les points clés de ce que pourrait être un schéma cohérent d'organisation de la réadaptation :

- nécessité d'une définition de la réadaptation,
- nécessité de segmenter le champ de la réadaptation médicale,
- nécessité d'un système de classification des patients.

Nécessité d'une définition de la réadaptation

« Dans tous les pays étudiés où des réformes dans le secteur de la réadaptation sont en cours, un concept clair de réadaptation est recherché, plaçant les besoins du patient au centre des préoccupations, décrivant les différentes phases de la réadaptation et les institutions correspondantes dans le souci de la continuité entre les différentes phases.

Dans tous les pays, la réadaptation est divisée en plusieurs niveaux : réadaptation de base, réadaptation spécialisée ou réadaptation très spécialisée. Le traitement des lésions médullaires, par exemple, est considéré dans quasiment tous les pays comme un soin hautement spécialisé ».

Nécessité de segmenter le champ de la réadaptation médicale

Chaque composante du processus de soin constitue un nœud de convergence de prestations qui doit répondre à des critères qualitatifs fondés sur l'«evidence-based medicine». Ces critères concernent à la fois la spécificité de l'offre de soins et les groupes de patients cibles (états pathologiques associés à des niveaux de soin et à des troubles fonctionnels).

Ainsi les belges ont ainsi segmenté les activités de réadaptation :

- la réadaptation locomotrice et neurologique (champ d'expertise de la MPR),
- la réadaptation cardiaque,
- la réadaptation pneumologique ou respiratoire,

- la réadaptation des troubles de l'ouïe et de la parole,
- la réadaptation psychique,
- la réadaptation de la déficience mentale.

Une définition pour la réadaptation neurologique et locomotrice a été formulée dans le rapport du Centre Fédéral d'Expertise, dans le cadre de la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF).

La réadaptation y est définie comme « un processus ciblé offrant la possibilité pour des personnes ayant des déficiences des structures et fonctions de l'organisme, liées au système nerveux ou musculo-squelettique, à l'origine de limitations dans les activités et / ou dans la participation sociale, d'atteindre un niveau optimal de fonctionnement, d'acquérir et de conserver une autonomie (tenant compte des facteurs personnels et de l'environnement) ; et ce, quand il y a un espoir raisonnable d'obtenir un gain fonctionnel ou d'améliorer la qualité de vie de ces personnes. La réadaptation comprend 4 étapes :

- l'identification des besoins individuels,
- la formulation des objectifs,
- la proposition d'une prise en charge qui apporte une plus-value démontrée,
- l'évaluation.

La réadaptation est proposée dans un centre multidisciplinaire appartenant à un réseau ».

Nécessité d'un système de classification des patients

Une classification des patients doit permettre d'organiser une offre de soins en réadaptation pour des groupes homogènes de patients dont les besoins semblables en matière de soins ont été définis et validés. Chaque groupe cible de patient doit donc être défini parallèlement à une offre homogène et adéquate de services en termes d'organisation et de financement. Un tel système n'existe pas actuellement. Ses éléments déterminants sont le diagnostic médical d'une part, le statut fonctionnel et les capacités du patient d'autre part associés à d'autres données telles que l'âge, les comorbidités et la situation sociale.

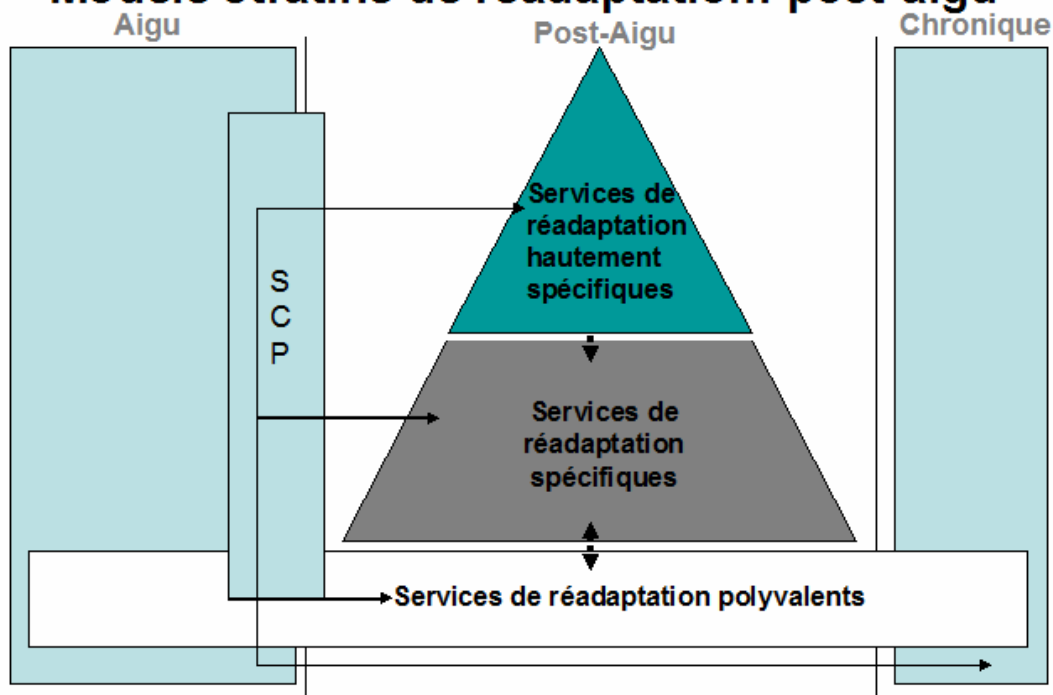
Actuellement, seules les échelles de Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF) et l'index de Barthel satisfont à ces conditions malgré quelques défauts ou carences (effet « plafond », activités de la vie quotidienne non prises en compte, ...).

Le modèle proposé pour la Belgique est un modèle stratifié composé de 3 niveaux : général, spécifique et très spécifique. La distinction entre ces trois niveaux est fondée sur la complexité des besoins de réadaptation et de ses objectifs, ainsi que sur l'incidence / prévalence des affections concernées.

Cette approche systématique permet d'envisager une répartition des services hospitaliers spécialisés selon le schéma suivant :

Schéma 1

Modèle stratifié de réadaptation: post-aigu



Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique
Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2007

Au niveau général, la réadaptation simple, visant des objectifs à court terme, est offerte, tant de manière mono que multidisciplinaire aux patients avec troubles fonctionnels peu complexes et temporaires.

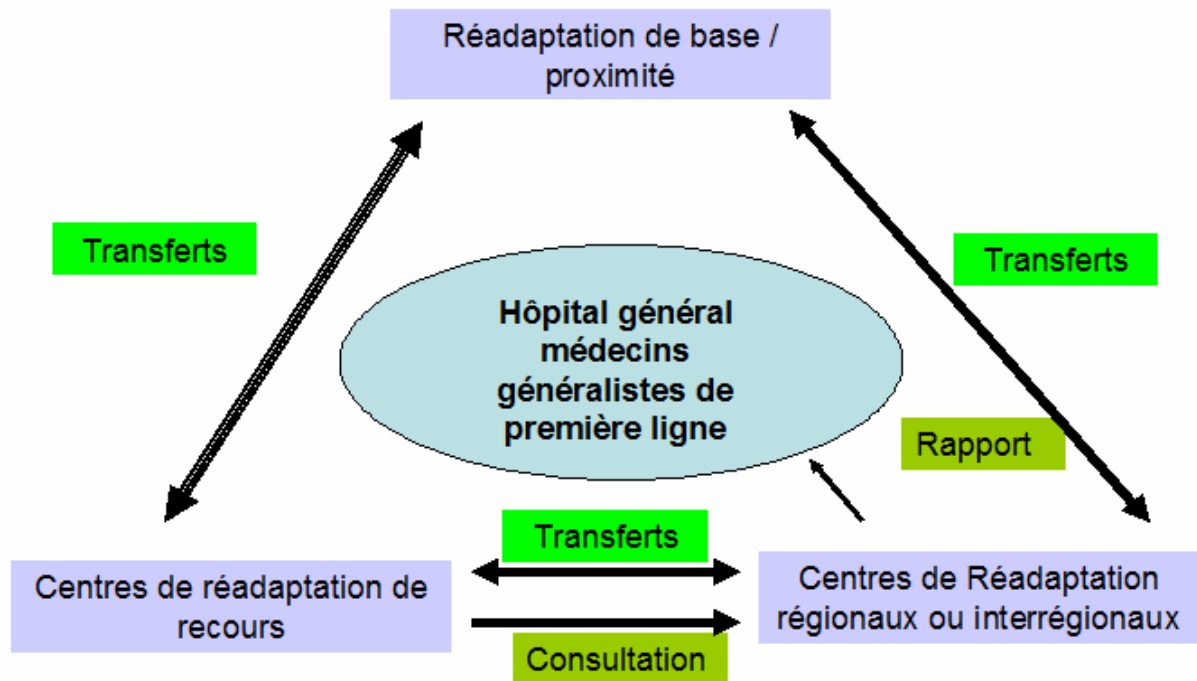
Au niveau spécifique, une réadaptation multidisciplinaire complexe est offerte aux patients avec troubles fonctionnels complexes ayant une incidence plus élevée et persistance des problèmes dans le domaine des activités et de la participation.

Au niveau hautement spécifiques, la réadaptation s'adresse aux patients avec des troubles fonctionnels complexes et multiples, d'incidence basse, mais avec nécessité de connaissances et techniques spécialisées, bénéficiant d'une infrastructure développée spécifiquement.

Chaque niveau peut proposer des traitements en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Sur base du système de classement, le patient est adressé en fonction de ses besoins et des objectifs de sa réadaptation vers un niveau donné. En fonction de son évolution, il peut être transféré vers un autre niveau plus tard. Les références et transferts entre les différents niveaux doivent être favorisés dans le cadre de réseaux. Un réseau de réadaptation neurologique et locomotrice peut être ainsi représenté

Schéma 2

Synergie et Complémentarité du Réseau de Rééducation et de Réadaptation



Réseaux canadiens : spécialisation verticale et horizontale, subsidiarité

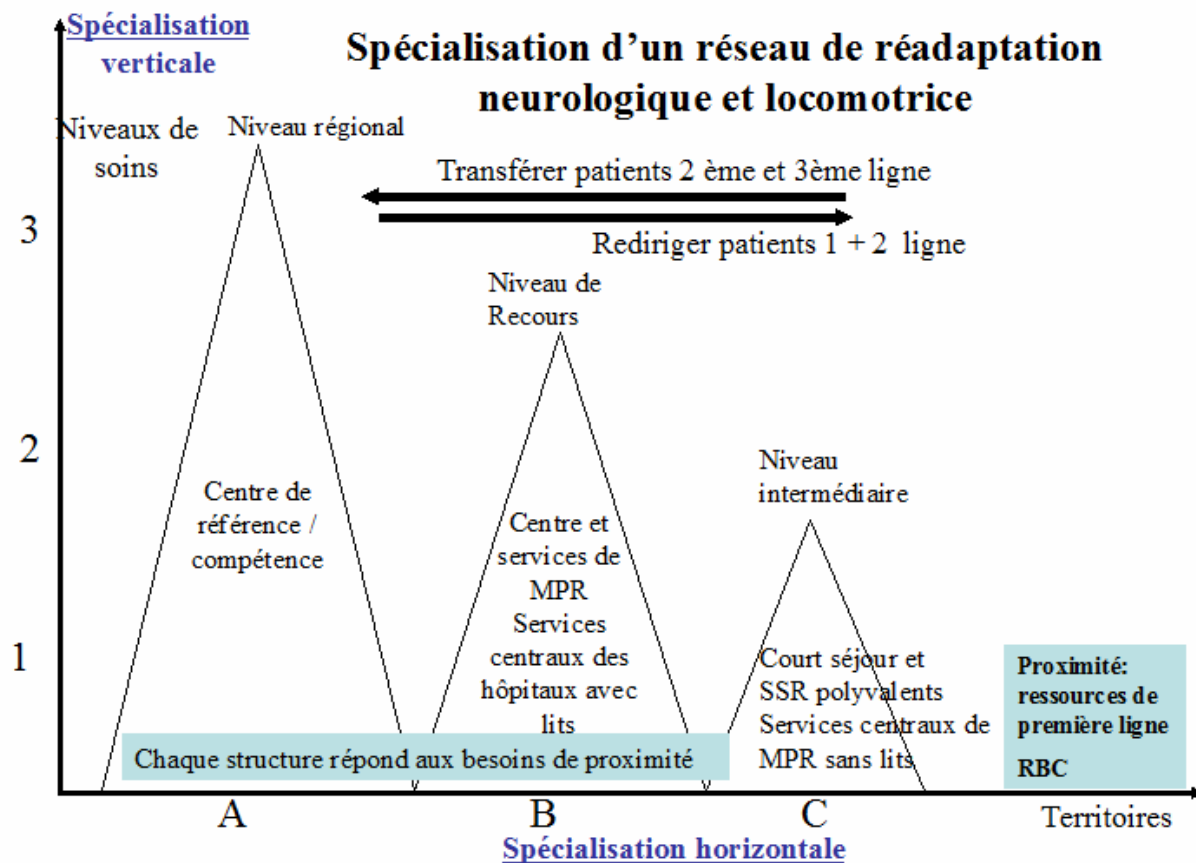
Les réseaux canadiens (Sicotte) ⁸développent de façon analogue les concepts de hiérarchisation des soins et de subsidiarité : ainsi dans un réseau gradué, « la spécificité des rôles assumés au sein du réseau repose sur deux mécanismes de différenciation :

la **spécialisation verticale** ou « hiérarchisation des soins », qui vise à organiser et à structurer l'offre de soins entre les structures partenaires de manière à ce que les patients puissent être pris en charge, dans une continuité des soins, par des organisations différentes du niveau primaire au niveau tertiaire.

la **spécialisation horizontale** qui repose sur le « principe de subsidiarité » et correspond à une spécialisation selon le territoire de desserte et qui permet aux patients d'utiliser les ressources les plus légères possibles le plus près de leur domicile. »

Un réseau de réadaptation neurologique et locomotrice peut être représenté ainsi :

Schéma 3



Quelques difficultés sont signalées dans les différents pays expérimentant ce type d'approche :

- des mécanismes d'autodéfense de certains services ou centres peuvent entraver le transfert des patients entre différents niveaux. Il faut encourager les renvois de centres spécialisés de patients ayant dépassé la phase la plus difficile vers des centres moins spécialisés plus proche de leur habitation. Les comportements concurrentiels sont à prévenir par une vision commune du fonctionnement en réseau qui recevra le soutien de tous les participants et leur engagement.
- la rééducation de patients lourds peut-être sous estimée et conduire au maintien du patient dans une structure insuffisamment équipée pour répondre à ses besoins.

Stratification dans les SROS 3 français : spécialisation verticale et horizontale

La graduation des soins dans un champ d'activité induit une spécialisation verticale et horizontale définie sous le terme de plateaux techniques dans les SROS 3. Cinq niveaux y sont définis : proximité, niveau intermédiaire, recours, référence régionale, interrégionale⁹.

L'analyse des 22 SROS 3 SSR en ligne montre que la plupart des régions ont privilégié l'approche par filières de soins. Un tiers environ y a associé la **RRF** comme axe relevant d'une logique de « plateau technique » au sens des SROS 3. Au-delà du concept intégrateur de réadaptation, partagé par tous les SSR, pour certains groupes homogènes de patients, le regroupement de professionnels, de compétences et de moyens nécessaires suppose des plateaux techniques coûteux, conduisant ainsi à une graduation territoriale d'accès aux soins correspondant à des niveaux stratifiés de besoins de prise en charge. Cette graduation repose

sur une spécialisation verticale et horizontale, de couverture territoriale qui distingue en général :

- des structures de SSR polyvalentes de proximité,
- des structures de recours de MPR et de SSR spécialisés,
- et enfin des centres de référence régionaux par exemple pour les blessés médullaires ou les cérébrolésés complexes.

Un exemple de niveaux de recours gradués en SSR est représenté dans le SROS 3 Basse Normandie ¹⁰ :

Tableau récapitulatif des principes généraux de la prise en charge des patients en SSR dans chaque territoire

Tableau 1

	Médecine physique et de réadaptation	Soins de suite médicalisés
Proximité	Alternatives (HAD...) Spécialités paramédicales (kinésithérapeutes, orthophonistes...) Consultations médicales Services centraux de MPR des établissements	Alternatives Prise en charge paramédicale (infirmiers, kinésithérapeutes...) Consultations médicales
Intermédiaire		Polyvalents dont gériatriques ou cancérologiques : Etablissement ou unité proche du domicile du patient en tenant compte des densités de population
Recours	Polyvalente ou à orientation spécifique : Au moins un établissement ou unité par territoire AVC, Autres pathologies neurologiques dont les blessés médullaires et cérébrolésés non complexes Traumatologiques, orthopédiques Lombalgies invalidantes	Polyvalents lourds ou à compétences spécifiques : Au moins un établissement ou unité par territoire, par activité Cancérologie spécifique AVC massifs en attente d'évolution, Infectiologie, Pneumologie, Insuffisants rénaux, Cardiovasculaires, Alcoologie (cure et post cure) Etats végétatifs chroniques et états paucirelationnels Déments déambulants après le court séjour
Régional	Hautement spécialisée : Un établissement (ou unité) régional référent par activité, avec des correspondants de territoire (recours) Cérébrolésés complexes Blessés médullaires hauts ou complexes Réadaptation cardiaque MPR pédiatrique Neurologie lourde	Hautement spécialisés : Un établissement (ou unité) régional référent par activité, avec des correspondants de territoire (recours) Nutrition (renutrition lourde, insuffisance intestinale, obésité, troubles des conduites alimentaires), plaies chroniques Pneumologie spécialisée Cardiovasculaire spécialisé
Interrégional	Conventions Grands brûlés Appareillage très complexe Déficits sensoriels visuels et auditifs	

III Système intégré de soins : intégration de la prise en charge du patient

Le paradoxe différenciation / intégration

L'organisation de l'offre de soins spécialisée à chaque type de besoin implique le développement de synergies qui dépassent la fragmentation des secteurs et les cloisonnements actuels.

La rapport Larcher souligne la nécessité d' *«assurer la continuité du parcours de soins entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales»* et de *« mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation (aménagement du retour au domicile, organisation de la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles) »*.

Shortell définit le **système de soins intégrés** comme « Un réseau d'organisations qui dispose directement ou indirectement d'un *continuum* coordonné de services à une population définie, en étant responsable cliniquement et financièrement des performances et de l'état de santé de la population desservie ».

L'autonomie des acteurs est respectée mais l'utilisation d'incitatifs financiers et d'une structure organisationnelle oriente directions et les professionnels vers des buts communs.

Le terme de réseau est habituellement limité en France à la notion de réseau de soins. La littérature internationale utilise souvent ce terme pour décrire une organisation sanitaire intégrée. Le processus de soins doit considérer l'ensemble du parcours de soins et les résultats cliniques à long terme, un des rôle principaux des réseaux étant de garantir la continuité des soins.

Il faut offrir les soins adéquats au patient au bon moment, au bon endroit et avec le bon financement tout en s'assurant de la continuité à l'intérieur même du système de soins. Si la complémentarité implique une notion de spécialisation pour répondre aux besoins des patients, celle-ci doit s'associer à de puissants mécanismes d'intégration entre les dispensateurs et les structures de soins en vue de la meilleure insertion possible au terme du processus de réadaptation, au moindre coût.

L'OMS souligne dans le concept de **réadaptation à base communautaire** (RBC) que la réadaptation peut commencer sans les professionnels, dans le milieu de vie avec les proches.

Différentes expériences de complémentarité et de réseau de réadaptation se développent en lien avec des équipes de liaison pluriprofessionnelles, thématiques (AVC 68) ou génériques (Équipe Mobile Interdisciplinaire de Rééducation et de Réadaptation (EMIRR) à Mulhouse¹¹, Synergie métropole lilloise, Handicap Lourd Aquitaine HLA33).

Neuf sur 22 SROS 3 métropolitains préconisent des équipes mobiles pluriprofessionnelles d'évaluation et orientation, médicales, paramédicales et sociales. Les médecins et professionnels de réadaptation sont appelés à participer à ces équipes transversales et ces réseaux, à diverses actions de prévention et d'éducation thérapeutique, dans des rôles variés parmi lesquels émerge celui de « case manager ».

Réseaux polyvalents de proximité

De nouvelles formes de collaboration transmurales et transsectorielles, peuvent s'appuyer sur ces modèles, s'agissant de maladies et états chroniques handicapants ; sous forme de réseaux de santé. Dans son volet « retour et maintien à domicile » le SROS Rhône-Alpes ¹² recommande le développement de réseaux polyvalents. Ces réseaux, fondés sur une convergence de prestations, dédiés aux personnes en perte d'autonomie quel que soit l'âge, ont une base territoriale et une gestion décentralisée permettant d'optimiser l'aide et l'orientation des patients quelle que soit la porte d'entrée.

Le disease management ¹³ est une démarche qui soutient des programmes de soins fondés sur la coordination collective des acteurs autour de patients atteints de maladies chroniques, considérés comme acteurs de la gestion de leur propre maladie. Elle se décline sous forme de programmes de disease management.

Les travaux et expérimentations en cours, dans le contexte actuel de crise du financement, de la démographie médicale et paramédicale laissent présager de futures délégations d'actes et transferts de compétence sans doute dans le cadre du développement d'expertises et de nouveaux métiers ¹⁴ dont certains fondés sur des formations plus longues (master).

La réadaptation précoce

Ce nouveau paradigme se substitue à l'ancienne conception d'Howard Rusk qui faisait de la réadaptation le troisième temps de la médecine, survenant une fois la stabilité médicale ou chirurgicale obtenue. Plus généralement la réadaptation précoce doit intervenir dès les soins de courte durée. Les patients hospitalisés pour épisode aigu sont à risque d'une perte d'autonomie fonctionnelle significative telle que définie par la CIF. L'inactivité, l'immobilité et l'alitement prolongé peuvent causer de nombreux effets délétères et complications, en particulier chez les personnes atteintes de maladies chroniques, handicapées ou âgées. Ces conséquences de l'immobilisation affectent souvent l'appareil locomoteur mais peuvent aussi influencer d'autres systèmes de l'organisme comme les systèmes cardio-vasculaire, pulmonaire, génito-urinaire, digestif, métabolique et endocrinien, cognitif et comportemental. Par exemple, atrophie et faiblesse musculaire, contractures et ostéoporose, ou hypercalcémie dues à l'immobilisation sont des causes fréquentes de déconditionnement pour des patients bénéficiant de soins prolongés.

Les objectifs de la réadaptation précoce sont le maintien de l'autonomie fonctionnelle ou la limitation au minimum de la perte de fonction, l'optimisation de la récupération et l'autonomie précoce. Le but ultime étant la réduction du handicap et d'éviter le besoin de soins à long terme.

IV - Conclusion

La mise en œuvre d'une réadaptation équitable dans le système de soins français suppose que soit mise en valeur la dimension organisationnelle propre à ce champ d'activités de soins, peut-être par une identification spécifique dans le code de santé publique.

La coupure institutionnelle et culturelle entre le domaine sanitaire et le domaine social et médicosocial représente encore un obstacle à l'organisation d'un réseau intégré de soins en réadaptation.

Les points clés de cette organisation sont un système de classification des patients, la stratification, un réseau intégré de soins associant spécialisation verticale, horizontale et subsidiarité.

Certaines activités de réadaptation spécialisées, comme la MPR, doivent être déclinées dans tous les SROS comme une thématique de « plateau technique » selon une graduation territoriale de services adéquats aux besoins de groupes homogènes de patients.

Un partenariat renouvelé entre professionnels du champ de la RF dans le cadre d'une coordination collective et décloisonnée entre acteurs du système socio-sanitaire, permettra une offre de soins à la mesure des besoins de santé publique associant équité et efficience.

¹ Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664450&dateTexte=>

² Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&dateTexte=>

³ L'hôpital public en France : bilan et perspectives, E. Molinié, Journal officiel de la République Française, avis et rapport du Conseil Economique et Social, 2005

⁴ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, G. Larcher, 2008

⁵ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, G. Larcher, 2008

⁶ Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2008 ; Kiekens C et coll.,

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9478

⁷ Réseau de rééducation et de réadaptation locomotrice et neurologique. Rapport du Sous-groupe de Travail Ministériel Novembre 2006

<http://www.inami.fgov.be/care/fr/revalidatie/general-information/studies/ministeria-working-group-readaptation/pdf/neurological.pdf>

⁸ Analyse de l'implantation d'un réseau interhospitalier de soins pédiatriques : le réseau mère-enfant : Claude Sicotte et coll.

<http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R01-08A.pdf>

⁹ Circulaire n° 101/DHOD/O/2004 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

¹⁰ SROS 3 SSR Basse Normandie

<http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/sros3/ab/extraitsros3ssrbassenorm.pdf?OpenFrameSet&Frame=Main&Src=../doc.nsf/FRechAv?OpenForm&From=do>

¹¹ Lefebvre S, Lefebvre D, Cordier K, Sengler J. Équipe Mobile Interdisciplinaire de Rééducation et de Réadaptation : l'expérience mulhousienne. Journal de Réadaptation Médicale 2007 ; 27(2-3): 89-91.

¹² SROS 3 Rhône-Alpes : volet « Retour et maintien au domicile ».

<http://www.parhage.sante.fr/re7/rha/site.nsf/Principal?OpenFrameSet&Frame=Main&Src=../doc.nsf/FRechAv?OpenForm&From=do>

¹³ Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de *disease management*. Prat Organ Soins 2006;37(4): 341-56.

¹⁴ Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? - Recommandation HAS.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_654891/delegation-transferts-nouveaux-metiers-comment-favoriser-des-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-recommandation