

SSR et kinésithérapie : réalité(s) et perspective(s) SSR à l'hôpital public SSR en PSPH

Laurence Josse

Cadre supérieur kinésithérapeute
Bobigny (93)

Jean-Pascal Devailly

Médecin MPR
Bobigny (93)

Alain Doucet

Chef kinésithérapeute
Bobigny (93)

André Procacci

Directeur CRF
Bobigny (93)

1) Le champ de la RF

Une terminologie complexe et non stabilisée permet de distinguer 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 ».

Le champ des activités de soins en RF peut se définir en fonction d'un cadre donné par la CIF¹. La RF comprend les activités multidisciplinaires coordonnées qui visent à promouvoir des activités et des participations chez les personnes présentant des limitations fonctionnelles en tenant compte des facteurs personnels et environnementaux. Ces soins interviennent après une maladie ou un accident mettant en jeu de façon durable la fonction, dès la phase aiguë, en post-aiguë et lors d'un suivi au long cours si nécessaire.

L'équité et l'efficacité des soins supposent pour une allocation optimale des ressources une stratification des besoins et de la technicité des interventions requises :

- type 1 : patients souffrant de troubles fonctionnels peu complexes et temporaires,
- type 2 : patients souffrant de troubles fonctionnels plus complexes avec une incidence élevée et des problèmes permanents au niveau des activités et des participations,
- type 3 : patients souffrant de troubles fonctionnels très complexes et multiples, avec une incidence peu élevée et un besoin de connaissances et de techniques spécialisées ainsi que d'une infrastructure très développée².

¹ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, 2000

² Rapport sur l'état de la médecine de réadaptation en Belgique : <http://www.inami.fgov.be/care/fr/revalidatie/general-information/studies/study/index.htm>

La complexité des troubles fonctionnels définit les besoins et donc les niveaux gradués d'interventions requis :

- monoprofessionnel,
- pluriprofessionnel : approche médico-paramédico-sociale,
- structure intégrée support de processus clés (unité d'hospitalisation ou équipe mobile).

Cette graduation induit une spécialisation verticale et horizontale (proximité, recours, référence) définie dans les modèles de réseaux canadiens ³ et sous le terme de plateaux techniques dans les SROS ^{3 4}. Elle suppose l'identification de différents domaines au sein de la RF : réadaptation neurologique et locomotrice, cardiaque, respiratoire, déficiences mentales etc.

La MPR constitue la spécialité médicale structurante dans le champ de la réadaptation locomotrice et neurologique dès lors que la complexité des atteintes suppose une prise en charge pluriprofessionnelle.

Dans son rapport de 1969, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la réadaptation comme suit : "La réadaptation est l'application coordonnée et combinée de mesures sur le plan médical, social, psychique, professionnel et scolaire, pouvant contribuer à ramener le patient à sa situation optimale dans la société".

Elle définit aujourd'hui la finalité commune à tous les SSR. Elle fait émerger la nécessité de l'intégration des soins et d'un dispositif précoce de réadaptation, dont la RF est une étape, visant la meilleure insertion en privilégiant le retour et le maintien au domicile.

Mais sa démarche, nécessairement précoce, globale, coordonnée et continue, interroge tout le système de soins dès l'hospitalisation aigue alors que le rapport Larcher ⁵ met en avant

- "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 médicosocial 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".

³ Analyse de l'implantation d'un réseau inter hospitalier de soins pédiatriques : le réseau mère - enfant, C. Sicotte et coll., Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, mai 2001

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

⁴ Circulaire N° 101/DHOS/O/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

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

2) Différentes réformes déferlent sur le système de soins

Nouveaux décrets relatifs aux activités de SSR ⁶

La réforme des autorisations supprime la distinction entre autorisations en soins de suite d'une part et en RRF d'autre part. Elle promeut l'intégration des soins en mettant en avant le processus de réadaptation comme démarche partagée par toutes les structures de SSR (soins de suite et de réadaptation). A l'heure du passage à 100% de la tarification à l'activité (T2A) en soins de courte durée (SCD), cette réforme fondée sur une logique de filières par pathologies privilégiant la fluidité, plus que sur les contraintes techniques présidant aux interventions, fait craindre une prise en compte insuffisante de la dimension technique de la RF faute d'un financement épousant finement les niveaux de technicité de certaines structures.

PMSI et T2A : le danger pour les soins de support non fléchés

Le rapport Molinié ⁷ 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 RF 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 - SCD - SSR et qu'une meilleure organisation de la sortie et de l'insertion des patients complexes améliorerait le fonctionnement des établissements. Le rapport Larcher insiste sur les risques humains et financiers d'une telle aggravation de la fragmentation de la prise en charge des patients complexes.

Le mode d'application de la T2A en SSR est encore à l'étude. En l'absence de définition des conditions techniques de fonctionnement, cette arrivée prochaine engendre un sentiment de forte vulnérabilité. Une éventuelle graduation territoriale des plateaux techniques et des financements est laissée aux régions et sera un enjeu de la révision des SROS 3.

La gouvernance

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 emplois au profit de la masse salariale 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).

La certification et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La constitution progressive d'un ensemble de recommandations professionnelles de bonnes pratiques évaluées par ce processus, contribue à la valorisation des acteurs, des équipes, des processus spécialisés et des savoirs-faire collaboratifs. L'EPP contribue à valoriser le rôle des équipes pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation dans un dispositif de réadaptation précoce, rôle insuffisamment mis en avant dans le rapport Larcher au regard des expériences internationales et régionales (Rhône-Alpes, Alsace, etc).

⁶ 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=>

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=>

⁷ L'hôpital public en France : bilan et perspectives, E. MOLINIE, Journal officiel de la République française, avis et rapports du Conseil économique et social, 2005

3) Métier et attractivité : réalités et perspectives pour l'avenir de la kinésithérapie

a) En soins de courte durée

Dans les hôpitaux publics les kinésithérapeutes sont le plus souvent regroupés en unités transversales prestataires sous forme de plateaux techniques ou médico-techniques de RF 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. Mais la réponse aux besoins de soins est de plus en plus difficile :

- pénurie de personnel et insuffisance quantitative de l'intérim,
- inadaptation en précocité, intensité et expertise aux besoins liés à la technicisation de certaines activités (réanimation, ...),
- transition démographique avec des patients de plus en plus âgés et/ ou dépendants,
- prise en charge des patients "sans droits" adressés en ambulatoire à l'hôpital public,
- salaires souvent très inférieurs au PSPH ou au privé mais avec des conditions de travail difficilement comparables.

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

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.

b) En SSR

Avec la disparition de la distinction entre structures de soins de suite et de RF, la tarification risque de lisser les revenus des établissements SSR. Une tarification modulée, qui reflète le niveau de technicité de l'activité réalisée, est indispensable au maintien de ressources suffisantes aux activités plus coûteuses, particulièrement en MPR. Le re découpage selon des logiques de filières de soins plus que de niveaux de plateaux techniques pourrait modifier assez profondément ces profils. La banalisation 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.

Ainsi, dans des unités autorisées en SSR neurologique, l'intérêt et la motivation des professionnels risquent de s'émousser face à la multiplication des séjours prolongés pour des patients souvent à faible marge de progrès, réduisant de ce fait l'attractivité de ces structures.

Enfin l'effet de lissage des plateaux techniques lié à la tarification risque de réduire le caractère formateur et les possibilités d'acquisition d'expertise avec perte des synergies entre processus de soins, enseignement et recherche. Face à la pénurie actuelle de MK le risque est grand de substituer leur activité par d'autres codeurs PMSI en privilégiant une logique financière.

IV) Les conditions d'une nouvelle dynamique professionnelle

Le rapport Larcher propose de favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée. Les professionnels soulignent l'intérêt de promouvoir une construction optimale de l'offre territoriale en RF, conjuguant polyvalence et spécialités de l'offre graduée en SSR. Cette spécialisation verticale et horizontale est liée à l'impossibilité de disposer de toutes les spécialités dans une même proximité.

Ces structures dédiées à la restauration fonctionnelle seront motivantes et formatrices pour les professionnels sous réserve :

- d'une juste quantification des besoins en professionnels et en équipements,
- d'une revalorisation des rémunérations en particulier dans le secteur public,
- d'une possible "universitarisation" pour peu que des réformes favorise leur intégration à des projets de recherche,
- du développement des compétences d'encadrement techniques et organisationnelles,
- d'être lieu d'expérimentation du développement de délégations, transferts et nouveaux métiers.

Intégration et nouveaux rôles pour les masseurs kinésithérapeutes

Dans le but de "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)" (Larcher) , différentes expériences de complémentarité et de réseau de réadaptation se développent en lien avec des équipes de liaison pluriprofessionnelles, thématiques (AVC) ou génériques (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 professionnels de rééducation 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".

Le disease management ⁸ 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 ⁹ dont certains fondés sur des formations plus longues (master).

V) Conclusion

La reconnaissance du champ de l'offre de soins en RF est un préalable indispensable à l'évaluation des besoins en termes de prévention et de prise en charge des maladies et états chroniques handicapants. La RF doit ainsi être considérée comme une thématique transversale de « plateau technique » prioritaire au sens des SROS reconnue au niveau national et déclinée selon une graduation territoriale dans tous les SROS.

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.

⁸ Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management, Bras PL, Duhamel G, Grass E Pratiques et Organisation des Soins 2006 n°4

⁹ Délégation, transferts, nouveaux métiers ... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? - Recommandation HAS, 2008 <http://www.has-sante.fr>