

La MPR se met aux programmes

Version imprimable de la newsletter AMPR-IDF du 7 septembre 2009

Table des matières

1. [1 La crainte d'une baisse tendancielle de la qualité des soins](#)
2. [2 Une perception variée de l'urgence de l'action selon les territoires et les régions](#)
3. [3 En avant vers l'approche par programmes](#)
4. [4 Terminologie:](#)
5. [5 Pertinence des programmes en MPR](#)
6. [6 Méthodologie française et internationale pour l'élaboration des programmes:](#)
7. [7 Quels programmes?](#)
8. [8 Enjeux de l'approche par programmes: quand l'organisation des soins se met au "matriciel"](#)

La crainte d'une baisse tendancielle de la qualité des soins

Les incertitudes relatives à l'organisation et au financement futurs du champ de la réadaptation se conjuguent à l'observation d'un mécanisme économique inexorable de lissage à un niveau moyen et très insuffisant des prises en charge en réadaptation. Ces craintes d'une baisse de la qualité des soins, quoique inégales entre les conditions d'exercice les territoires et régions, incitent les organisations constitutives de la FEDMER à l'élaboration de programmes explicitant la spécificité des prises en charges en MPR au regard des groupes homogènes de patients pris en charge, afin de mieux identifier les patientèles cibles, les compétences, les moyens et l'organisation à mettre en oeuvre, les niveaux de soins et les financements appropriés. Afin de préserver et optimiser le niveau de qualité des soins développé dans les équipes MPR, celle-ci doit s'inscrire, dans le cadre de la réadaptation post-aigue, dans un système gradué de soins. Le principe est simple: le but de l'organisation est de mieux servir ses bénéficiaires, au meilleur coût. Ce sont les équipes cliniques au contact de la population qui constituent la source de la qualité des soins, de la performance, de l'innovation et des connaissances. Il s'agit d'assurer l'accès équitable, en temps opportun, aux prestations de réadaptation requises au regard de l'état de l'art et dans le cadre de ressources nécessairement limitées.

Les programmes répondent à des groupes de patients à un moment donné de leur parcours clinique, qui ne peuvent être seulement définis par les pathologies causales ou l'âge mais bien à la fois par la complexité des besoins de réadaptation et la prévalence de certains groupes spécifiques (rareté de certains plateaux techniques au niveau régional). Si l'expertise MPR peut être indispensable dès le niveau polyvalent ou indifférencié (niveau 1), si sa place déborde très largement le simple champ du post-aigu, la structuration des équipes MPR en tant que regroupement organisé de compétences et d'équipements en hospitalisation SSR, ne peut probablement se concevoir qu'à un niveau différencié de recours (niveau 2), et à un niveau régional (niveau 3) pour certains groupes de patients (blessés médullaires complexes, traumatisés crâniens sévères, appareillage complexe, grand brûlés..).

Une perception variée de l'urgence de l'action selon les territoires et les régions

Certaines régions, notamment l'Île-de-France font le triple constat:

- que les patients qui relevaient classiquement de structures MPR de niveau 2 (par exemple patients atteints d'AVC avec troubles fonctionnels persistants) ne bénéficient plus des soins requis compte tenu de la

machine infernale EPRD - masse salariale qui conduit à réduire les effectifs soignants. Dans une gestion financière à court terme, les professions rares dans les établissements, et dont la réduction d'effectif paraît souvent à tort pour les décideurs celle qui comporte le moins de risque sanitaire à court terme, sont les premières touchées. Dans les structures de MPR, rééducateurs et assistants de services sociaux sont particulièrement menacés, d'autant que la matrice IVA va aggraver cette tendance, avec le score CdARR.

- que les patients aux besoins les plus complexes ne sont pas orientés en temps utile dans les structures de niveau 3 (traumatisés crâniens sévères, para et tétraplégiques, plus généralement cérébrolésés et ou polyopathologies très complexes quelque soit la cause, certains patients atteints de pathologies neurologiques dégénératives, inflammatoires ou infectieuses..) faute à la fois d'une offre suffisante et d'un réel fonctionnement en réseau entre établissements MCO et SSR.

Quand enfin ils y accèdent, parfois après de longs mois, après une errance délétère dans des structures MCO ou SSR inadaptées à leurs besoins, les surcomplications, la précarisation fonctionnelle, le défaut d'équipes cliniques expertes, de soins et de rééducation a fait son oeuvre.

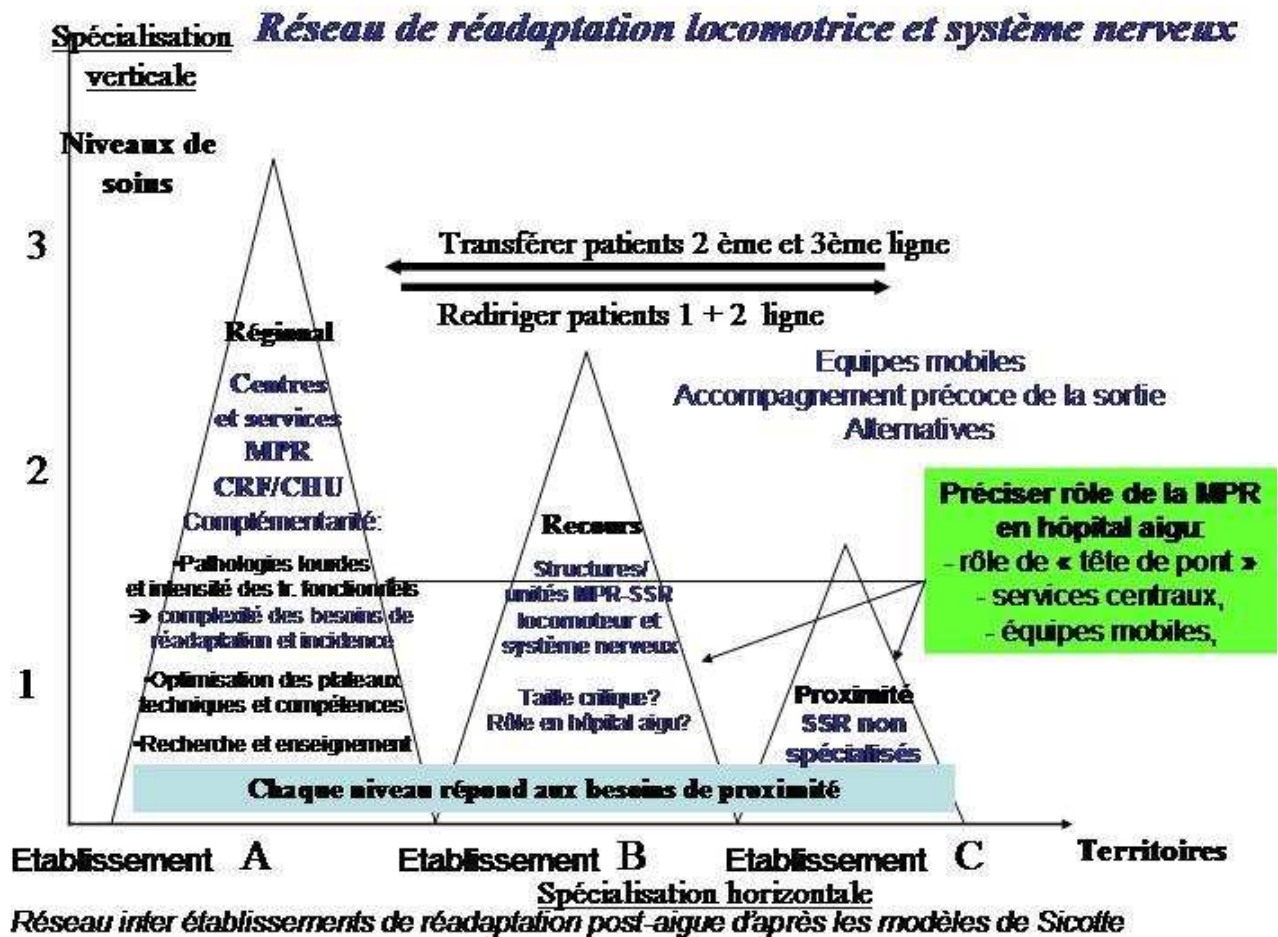
- que les patients non prototypiques et non décrits dans les filières, faute d'identification par des outils d'analyse combinant des données sur les pathologies, les troubles fonctionnels, et des données psychosociales, ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate de soins, de réadaptation et d'accompagnement, et engorgent sans réel bénéfice de santé et à un coût exorbitant le secteur des établissements sanitaires. Constituant le gros des séjours longs et impasses hospitalières, ces patients souvent jeunes, lourdement handicapés avec troubles cognitivo-comportementaux importants comme par exemple certains patients neuro-VIH ou victimes d'encéphalopathies des causes diverses, sont l'objet de mécanismes d'anti-sélection fondée sur une rationalité économique évidente en terme de survie des structures compte tenu des règles actuelles de financement, et ceci est majoré par combinaison au trou béant existant en Ile-de-France entre les établissements sanitaires, les soins de ville et le secteur médico-social si indispensables à l'accompagnement précoce de la sortie. Faute d'une stratégie intégrée de soins. Faute pour la région de savoir identifier les parties prenantes de cette logique transversale et de les faire travailler par delà les cloisons interdisciplinaires, interinstitutionnelles et intersectorielles traditionnelles.

Aucune main de fer bureaucratique fût-elle celle de l'ARS ne poussera les acteurs à la collaboration et encore moins au respect des données probantes et à l'amélioration de la qualité, si les règles du jeu économiques les incitent à privilégier leur propre survie à court terme. Au point qu'après les avoir souhaitées au moment des réformes, les fédérations hospitalières, toujours pour l'indispensable et bien compréhensible survie à court terme, ne veulent plus entendre parler de conditions techniques de fonctionnement en terme d'effectifs. Pas de garde fou à attendre donc à la machine infernale et au "bâton à phynances" du père Ubu. Le cercle vicieux qui s'organise au grand dam des acteurs entre les défaillances de la main invisible du marché et celles de plus en plus visible de la bureaucratie conduit ainsi à la production administrative du handicap. Hélas, ce n'est pas en superposant des réseaux artificiels, épuisants à faire financer, et peu pérennes, à un système socio-sanitaire de plus en plus fragmenté que l'on favorisera l'intégration des continuums (ou filières) de soins.

En avant vers l'approche par programmes

Malgré l'hétérogénéité des SROS, la nécessité d'une congruence des programmes, des niveaux de soins, et des financements incite à évoluer vers un modèle national adaptable aux particularités régionales en terme d'approche territoriale.

Cette vision doit s'inscrire dans un projet partagé et cohérent avec les autres champs d'activités de soins dans les SROS SSR et dans le cadre global d'une filière ou stratégie intégrée de soins. Ceci donne la mesure du travail qui reste à accomplir pour apprendre à favoriser une genèse ascendante des réseaux.



Terminologie:

La terminologie n'est pas stabilisée et programme clinique est en gros synonyme de programme de soins, chemin clinique, itinéraire clinique, clinical pathway etc..

La méthodologie diffère un peu d'un pays à l'autre mais pas les grandes lignes qui sont celles de l'approche processus (voir HAS 1996)

Il est utile de citer cette définition générale du programme clinique donnée par le CISMéF (catalogue et index des sites médicaux francophones) :

programme de procédures médicales et de soins, y compris tests de diagnostic, médicaments et consultations, conçus pour réaliser un plan de traitement efficace et coordonné.

Synonyme(s) CISMéF : CC ; chemin clinique . Arborescence(s) du thesaurus MeSH contenant le mot-clé programme clinique [critical pathways]

Pertinence des programmes en MPR

Le champ de la réadaptation médicale est un champ privilégié pour le développement de programmes cliniques. Ceux-ci doivent assurer l'indispensable assemblage d'expertises relatives d'une part aux interventions diagnostiques et thérapeutiques (*cure*) et d'autre part à la coordination des flux de travail complexes qui est nécessaire au continuum des interventions (*care*). Le développement, la transmission et la transformation des connaissances relatives aux interventions sur les conséquences multi-lésionnelles et

multi-fonctionnelles des maladies et accidents est indissociable de celui portant sur la continuité de la mise en relation négociée du patient avec les réponses du système socio-sanitaire dans le cadre d'un accompagnement coordonné et fonctionnant en réseau. L'objectif final est la prévention ou la réduction au minimum des situations de handicap.

La maîtrise des coûts et des processus impose de plus en plus aux établissements un travail de standardisation fondé sur les preuves. Parmi les méthodes décrites par la HAS, l'approche par processus (APP) et par programmes cliniques qui sont appelés en France « chemin clinique » par la HAS, mais correspondent aux « pathways » anglo-saxons, aux « itinéraires cliniques » belges, et aux programmes canadiens, sont parmi les plus puissantes pour faire de l'EPP une arme de choix pour une innovation organisationnelle recherchant l'efficacité tout en respectant les exigences de chaque discipline. Même si les approches internationales diffèrent selon les systèmes de soins, le niveau idéal de mise en oeuvre d'un programme clinique est celui de l'établissement, mais sa vocation est par nature de viser à effacer autant que de besoin les limites de celui-ci dans le cadre d'un fonctionnement en réseau.

Méthodologie française et internationale pour l'élaboration des programmes:

MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (1996) reste une excellente présentation ++

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436531/programme-damelioration-de-la-qualite-paq

Les chemins cliniques:

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/chemin-clinique-clinical-pathway-critical-pathway-integrated-care-pathway

[Télécharger la brochure Chemin clinique de la HAS \(4 pages\)](#)

[Télécharger le guide Chemin clinique de la HAS \(44 pages\)](#) - Le guide de 2004: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf

Définition de la section MPR de l'UEMS [Cliquer ici](#);

[Programmes accrédités en phase pilote](#) sur www.euro-prm.org (aller dans clinical affairs)

Et bien sûr la notion de [programme de soins en MPR](#)

Méthodologie des itinéraires cliniques belges (le CHU Lariboisière avec Christophe Séguin, est je crois dans le réseau itinéraire clinique flamand très dynamique)

<http://www.nkp.be/00000095de080620d/00000095de0fd374b/index.html>

Analyse des [pathways](#) (centre fédéral d'expertises belge)

Guide d'élaboration des programmes en déficience physique CRME [Cliquer ici](#)

Guide d'élaboration des programmes en déficience physique (Québec)

http://www.chu-sainte-justine.org/documents/CRME/pdf/Guide-elaboration-prog-deficience-phys-2.pdf?bcsi_scan_CBA24F92DB3F63E2=0&bcsi_scan_filename=Guide-elaboration-prog-deficience-phys-2.pdf

Sur le plan international voir aussi: voir aussi [CARF](#); et le Guide pour une gestion intégrée de la qualité (Association des Etablissements de Réadaptation en Déficience Physique du Québec)

http://www.aerdpq.org/docs/guide_gestionint%C3%A9gr%C3%A9e_de_la_qualit%C3%A9_AERDPQ_27_avril_2007_VF.pdf

Exemples de programmes/pathways relatifs aux AVC, en bas à gauche de cette page

http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/newsletter_strategieavc.htm

Quels programmes?

Les composantes de la FEDMER sont confrontées à un triple objectif:

Valoriser des actes qui pour être reconnus doivent être inscrits dans des programmes: ligamentoplasties, coiffe opérée, lombalgies

Valoriser et promouvoir les programmes classiques et lourds qui sous-tendent la spécificité de l'organisation et de l'offre de soins en MPR (AVC, traumatismes crâniens, blessés médullaires, amputés, orthopédie et rhumatologie complexe, brûlés..). Cet aspect doit trouver pour un financement correct une congruence avec la graduation des niveaux de soins dans les SROS.

Valoriser et promouvoir les interventions et expertises spécifiques "ressources" dans des domaines comme la neuro-urologie, neuro-orthopédie, la réadaptation des troubles cognitifs, appareillage complexe, rachis.. Il s'agit aussi d'en financer convenablement les aspects interdisciplinaires.

Enjeux de l'approche par programmes: quand l'organisation des soins se met au "matriciel"

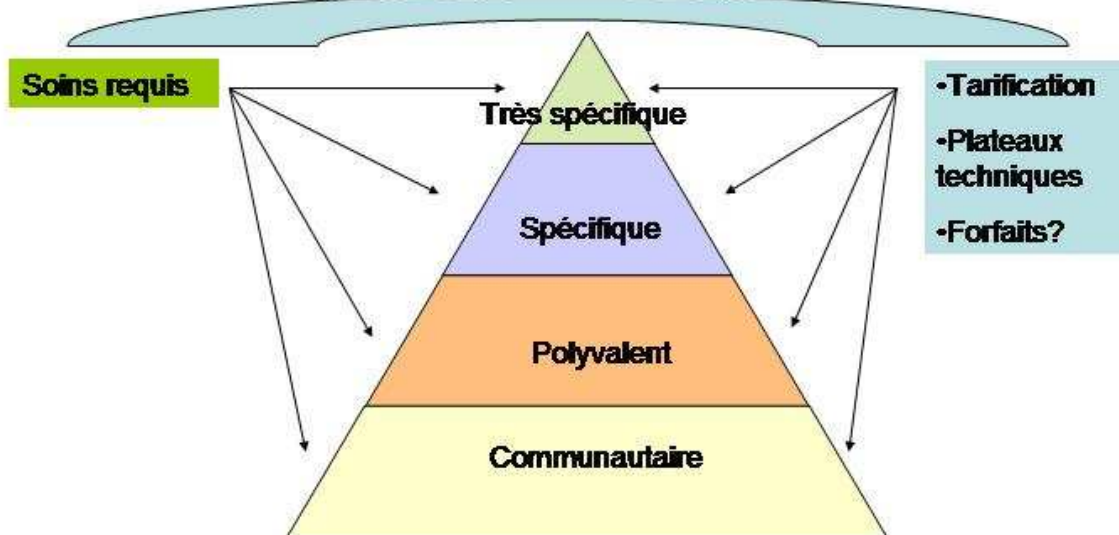
L'approche par programme doit être considérée comme un moyen d'intégration et de résolution des tensions entre les différents niveaux d'organisation. Elle combine trois modèles de gestion : la gestion par processus (activités orientées vers un résultat clinique), la gestion des ressources (organisation et mise en place d'infrastructures) et la gestion des connaissances (visant l'optimisation du système). Elle doit favoriser l'engagement des acteurs par une clarification des rôles institutionnels et professionnels de façon à promouvoir leur collaboration. Le financement doit aussi être revu en conséquence dans une optique de péréquation des coûts et des ressources financières tout au long de la chaîne de soins. Il s'agit d'une modalité d'organisation des services et des ressources humaines, financières et matérielles, visant à améliorer l'accès et la qualité par la standardisation, et ce, pour répondre aux besoins de la population dans son ensemble et à ceux de clientèles spécifiques. Toutefois, l'approche programme n'ignore pas le paradoxe de la clinique qui selon Etienne Minvielle cherche à "gérer la singularité à grande échelle". La pertinence du choix de l'orientation vers un programme est régulièrement évaluée et les programmes doivent être personnalisés sous forme de plans individualisés, respectueux du principe d'autonomie des bénéficiaires.

Les équipes et structures de réadaptation ont l'opportunité de faire émerger dans le cadre de l'EPP des programmes de réadaptation susceptibles d'être « accrédités » par les sociétés savantes et collèges professionnels. Un tel mécanisme a été mis en place au niveau européen par la section MPR de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) mais il doit être adapté à l'organisation nationale et régionale de la santé en France, sous le triple aspect réglementaire, financier et des recommandations de bonnes pratiques.

Dans un domaine où manquent souvent les hauts niveaux de preuve, où la démonstration de l'effet de la "black box" l'emporte souvent sur la démonstration de l'effet des interventions, il s'agit de constituer un répertoire de programmes explicitant les activités spécifiques de Médecine Physique et de Réadaptation et orientant les modèles régionaux vers une graduation territoriale plus judicieuse des niveaux de soins au regard de l'état de l'art. Une fois définis, ces programmes peuvent enfin donner lieu à une évaluation par des indicateurs. Ils peuvent être mieux financés, et contribuer ainsi à ce que les patients aient accès en temps opportun aux interventions de réadaptation requises. Cette reconnaissance sera d'autant mieux assurée que ces indicateurs seront robustes, validés sur le plan international et intégrés en routine au système d'information.

Groupes homogènes de patients \leftrightarrow modélisation coût qualité
= maîtrise des programmes et des coûts

*L'ENC SSR prend une moyenne pour une norme
Les niveaux de soins et leurs financements doivent reposer sur
l'état de l'art et les données probantes*



*Actuellement ATIH, DHOS, fédérations... mais sans les sociétés savantes?
→ Développer les programmes cliniques en réadaptation*