

FICHE THEMATIQUE

Les Soins de suite et de réadaptation

Objectif

Cette fiche a pour but de présenter les principales spécificités de l'activité des soins de suite et de réadaptation, dans le cadre de la démarche d'accréditation. Elle est destinée aux experts-visiteurs et aux chefs de projet de la Haute Autorité de santé.

Elle a été élaborée par un groupe de travail interne à la Direction de l'accréditation, en concertation avec des professionnels spécialistes du domaine.

Sommaire

I. Définition des Soins de suite et de réadaptation (SSR)

- 1/ Quelques références
- 2/ Prise en charge globale du patient
- 3/ Principe de continuité des soins
- 4/ Importance de la qualité des soins perçue

II. Champ réglementaire des établissements de SSR

- 1/ Définition légale des SSR
- 2/ Classement des activités selon le PMSI
- 3/ Classification en trois domaines
- 4/ Répartition des établissements de santé pratiquant des activités de SSR

III. Points clés

- 1/ Pour l'auto-évaluation
- 2/ Pour la visite des experts-visiteurs

IV. Annexes

- 1/ Liste non exhaustive des intervenants en SSR
- 2/ Bibliographie
- 3/ Composition des groupes de travail et de lecture

I. Définition des soins de suite et de réadaptation

Longtemps assimilés à la notion de convalescence puis à la réadaptation, les Soins de suite et de réadaptation (SSR) sont progressivement devenus une discipline à part entière, dont le champ d'étude s'est considérablement étendu.

Cette évolution s'est traduite par une multiplication de termes, qui ne facilitent ni le repérage ni la modélisation : la réadaptation, la rééducation, la réinsertion, la réintégration, la rééducation fonctionnelle, la réadaptation fonctionnelle, la réhabilitation, la médecine physique et de réadaptation, etc.

1/ Quelques références

« La réadaptation est une discipline scientifique pluridisciplinaire. Elle a pour but d'assurer à la personne infirme ou invalide ainsi qu'à ses proches différentes actions permettant de supprimer, d'atténuer, de surmonter les obstacles générateurs de handicaps.

Elle se pratique au sein d'équipes spécialisées qui utilisent au mieux les ressources offertes par les moyens de la rééducation fonctionnelle, de la réinsertion sociale et du reclassement scolaire ou professionnel. Elle oeuvre pour rendre tout individu et toute population concernés par une infirmité ou une invalidité le moins handicapé possible dans les situations qu'il rencontre afin que le poids de l'existence ne soit pas plus lourd à porter à cause de cette différence » (Walter HESBEEN in *La réadaptation : du concept au soin*, Éditions Lamarre, 1994).

L'objectif des SSR est de permettre au patient de retrouver une place dans son environnement initial ou le plus proche possible de ce qu'elle était avant, voire de l'aider à s'adapter à une nouvelle vie. Autrement dit, les SSR ont pour mission de « coordonner et de mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités » (Fédération française de médecine physique et de réadaptation – FEDMER).

La circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation précise que « les soins de suite ou de réadaptation peuvent être définis à partir d'un ensemble de fonctions nécessairement remplies au cours de toute la prise en charge. Les définitions qui suivent correspondent à une conception de soins actifs de suite ou de réadaptation. Ils s'adressent à des malades requérant des soins continus et comportent une importante dimension éducative et relationnelle.

Ainsi cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisent une véritable prise en charge en soins de suite et de réadaptation. Combinées à des degrés variés, elles sont mises en œuvre, dans un but de réinsertion globale des malades. Il s'agit de :

- 1/ la limitation des handicaps physiques qui implique la mise en œuvre de rééducation physique, voire d'appareillage et d'adaptation du milieu de vie ;
- 2/ la restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement psychologique et la restauration des rythmes ;
- 3/ l'éducation du patient et éventuellement de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention. Le recours à des relais associatifs peut être utilisé à cet effet ;
- 4/ la poursuite et le suivi des soins et du traitement à travers son adaptation, son équilibrage, la vérification de l'observance par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels. Une attention particulière sera portée au traitement de la douleur ;
- 5/ la préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aides à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle. »

2/ Prise en charge globale du patient

Acteur de son processus de ré-autonomisation, le patient se trouve au centre d'une prise en charge où la qualité passe par la capacité des soignants à travailler en équipe.

Le processus de réadaptation s'articule autour d'un savoir interdisciplinaire. Il fait participer une multitude d'intervenants (cf. liste en annexe) aux spécialités différentes et complémentaires où la place de chacun n'est pas toujours clairement définie. Dans ce mode de fonctionnement, la notion d'équipe est primordiale.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la réadaptation se définit par « l'application coordonnée et combinée de mesures dans le domaine médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou à lui conserver cette place ».

3/ Principe de continuité des soins

Les SSR s'inscrivent au centre de la filière de soins. En amont se situent les secteurs d'activité de court séjour et en aval, le secteur sanitaire (passage en service de soins de longue durée pour la gériatrie par exemple), ou la prise en charge en libéral lors du retour à domicile. Dans tous les cas, il faut faire face aux difficultés de placement des patients les plus lourds et au risque « d'embolisation » des lits. La filière d'aval des SSR représente l'aval de l'aval par rapport au court séjour :

Court séjour —————> Soins de suite et de réadaptation —————> Hospitalisation à domicile

La circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation rappelle également que « le principe de continuité des soins apparaît comme le fil conducteur en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation. Dans le parcours sanitaire d'un patient, souvent appelé « filière », les soins de suite ou de réadaptation s'inscrivent dans la continuité des soins de courte durée qui correspondent à une activité de diagnostic et de traitement pendant la phase aiguë de la maladie [...]».

Pour répondre à l'objectif de continuité, la fonction soins de suite ou de réadaptation s'inscrit à la fois :

- dans une filière de soins, organisée et déterminée par la trajectoire du patient, en fonction de son état de santé ;
- et dans un réseau de soins, constitué par plusieurs acteurs de santé organisés entre eux et, de ce fait, aptes à la prise en charge du patient en fonction de ses besoins. »

4/ Importance de la qualité des soins perçue

La notion de recherche de la qualité de vie pour le patient et son entourage est primordial pour l'établissement. Ce qui caractérise l'action des réadaptateurs n'est pas tant la sophistication technique que l'esprit qui anime le processus de réadaptation.

Œuvrer pour que les personnes handicapées, même temporairement, ne souffrent pas de leurs différences par rapport à la norme sociale constitue le but ultime de la réadaptation. C'est dans le registre du détail et du quotidien que se trouve la qualité perçue : prendre en compte une multitude de petites choses considérées comme anodines mais qui font toute la différence. Il faut rechercher la meilleure adéquation entre le besoin du patient, la qualité programmée et la qualité réalisée.

II. Champ réglementaire des établissements de SSR

1/ Définition légale des SSR

Selon les dispositions de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, « les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser [...] des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ».

Les services de soins de suite ou de réadaptation doivent accueillir des patients qui ont été initialement traités dans des services de court séjour, ce qui n'exclut pas, toutefois, la possibilité d'une entrée directe dans certains cas particuliers (par exemple, dans le cas du suivi des handicaps chroniques). Le but de la rééducation fonctionnelle est de permettre aux patients de se réinsérer au plus haut niveau, grâce à une collaboration étroite entre les services de soins et les services sociaux. Une des difficultés, souvent évoquée par les SSR, est de devoir accueillir des patients qui relèvent plutôt du court séjour ou des unités de soins de longue durée.

Sur le plan réglementaire, les structures de soins de suite ou de réadaptation sont également encadrées par :

- la circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation ;
- la circulaire DHOS/03/DGAS/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local (notamment dans son paragraphe « Développer l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation »).

2/ Classement des activités selon le PMSI

Conformément au Catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) (PMSI – Soins de suite ou de réadaptation – Version 2-2001 parue au Bulletin officiel n°2000/13 bis), la rééducation – réadaptation est décrite à travers les douze activités suivantes :

- Rééducation mécanique ;
- Rééducation sensori-motrice ;
- Rééducation neuro-psychologique ;
- Rééducation respiratoire et cardio-vasculaire ;
- Rééducation nutritionnelle ;
- Rééducation sphinctérienne et urologique ;
- Réadaptation –réinsertion ;
- Adaptation d'appareillage ;
- Rééducation collective ;
- Bilans ;
- Physiothérapie ;
- Balnéothérapie.

Chaque activité de rééducation est également définie par une liste fermée d'actes de rééducation décrits dans ce même catalogue des activités de rééducation-réadaptation.

3/ Classification en trois domaines

- Les établissements prenant en charge la réadaptation fonctionnelle ou médecine physique et de réadaptation (MPR) (article R.712-2 III 12° du code de la santé publique)

La spécialité de MPR s'adresse à des personnes présentant une ou plusieurs déficiences auxquelles est proposé un projet global : dispensation de soins en vue de la meilleure récupération et élaboration des adaptations nécessaires à la meilleure réinsertion. La MPR intervient pendant toute la durée de prise en charge du patient, de la phase aiguë à la phase de réinsertion.

- Les Maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS)

Établissements permanents qui fonctionnent en régime d'internat et qui sont destinés à recevoir des enfants ou des adolescents de 3 à 17 ans révolus, en vue de leur assurer un traitement spécial ou régime diététique particulier ou une cure thermale ou climatique.

- Les établissements de repos, de convalescence et de régime

Dans ce secteur existent de grandes disparités de prise en charge : cardiologie, diabétologie, prise en charge post-opératoire, personnes âgées, prise en charge dans l'attente d'un placement en unité de soins de longue durée (USLD), etc.

- Une autre classification est souvent envisagée selon la nature et l'étendue des missions :
 - Rééducation simple ;
 - Rééducation + réadaptation ;
 - Rééducation + réadaptation + réinsertion.

4/ Répartition des établissements de santé pratiquant des activités de SSR

Lors de l'analyse de l'ensemble des établissements entrant dans le champ de l'accréditation, il est apparu que près d'un tiers d'entre eux pratiquaient des activités de SSR.

Une étude plus fine des 900 établissements ayant une activité de SSR démontre que :

- 45% sont des établissements à caractère commercial dont la majorité pratique uniquement ces activités ;
- 35 % sont des établissements de santé participant au service public hospitalier (PSPH) dont la majorité pratique uniquement ces activités ;
- 10% sont des centres hospitaliers publics (CHP) au sein desquels se pratiquent entre autre ces activités ;
- 10% sont des hôpitaux locaux (HL) dont la majorité pratiquent ces activités avec des prises en charge de médecine et/ou soins de longue durée (SLD) et/ou dialyse, etc.

III. Points clés

1/ Pour l'auto-évaluation

Suite une enquête interne, réalisée par l'Anaes en 2003, et aux procédures d'accréditation déjà réalisées dans les établissements ayant des activités de SSR, il est montré que les références du manuel s'appliquent bien, à de rares exceptions, à ce type de prise en charge. Il est parfois nécessaire d'en relativiser certaines, notamment en fonction de la taille de l'établissement (personnel à temps partiel, unicité de nombreux postes, organisation du travail, etc.).

Par ailleurs, certains établissements ont aussi évoqué des difficultés rencontrées pour l'organisation du travail lors de la phase d'auto-évaluation (charge de travail, problème de personnel au regard du temps consacré aux réunions, etc.).

2/ Pour la visite des experts visiteurs

Les difficultés rencontrées lors de la visite sont les mêmes que celles rencontrées lors de la phase d'auto-évaluation, et sont dues essentiellement à la taille de l'établissement.

IV. Annexes

1/ Liste non exhaustive des intervenants en SSR recensés par le Catalogue des activités de rééducation-réadaptation(CdARR) PMSI/SSR (p.11)

« Masseur-kinésithérapeute, Ergothérapeute, Orthoprothésiste, Orthophoniste, Pédiacre-podologue, Podo-orthésiste, Manipulateur d'électro-radiologie, Médecin (ou médecin en formation), Psychologue, Neuropsychologue-rééducateur, Psychomotricien, Diététicien, Educateur spécialisé, Educateur de jeunes enfants, Educateur sportif, animateur, Ergonome, Moniteur d'atelier, Moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents, Psychotechnicien, Assistant de service social, Conseiller en économie sociale et familiale, Enseignant (général, professionnel, technologique, EPS), Instituteur spécialisé, Documentaliste, Moniteur auto-école

Il faut distinguer 3 catégories d'intervenants :

- 1/ les professionnels de la rééducation : ils bénéficient d'un décret d'exercice professionnel qui en précise les limites ;
- 2/ les personnels bénéficiant d'une qualification à caractère sanitaire : cette qualification est obtenue par un diplôme officiel, et est généralement ciblée sur certaines activités, voire un nombre limité d'actes du CdARR ;
- 3/ les professionnels occupant une fonction : une fonction fait référence à des activités auprès des malades sans précision sur la qualification du professionnel ; en l'absence de diplôme, seuls quelques actes du CdARR peuvent être déclarés. Lorsque le professionnel est diplômé, les actes sont rattachés à la qualification correspondante. »

2/ Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi hospitalière et ses décrets d'application (Code de la Santé Publique : articles L. 6111-1, L. 6111-2, L. 6121-1, L. 6121-2 et articles R. 712-8, R. 712-9).
- Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.
- Circulaire DH/EO 4 n° 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation.
- Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local (notamment dans son paragraphe « Développer l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation »).

Références

- Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Catalogue des activités de rééducation-réadaptation : PMSI-Soins de Suite ou de Réadaptation, version 2-2001. Bulletin Officiel n° 2000/13bis, fascicule spécial (réimpression 2003).
- Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Genève: OMS; 2001.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Aspects médicaux. Paris: Anaes; 2002.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Aspects paramédicaux. Paris: Anaes; 2002.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Dossier du patient en masso-kinésithérapie. Paris: Anaes; 2001.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Dossier du patient en ergothérapie. Paris: Anaes; 2001.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: Anaes; 2000.

- Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation. Charte de qualité en médecine physique et de réadaptation, signée le 15 octobre 1999 à Angers par les composantes de la FEDMER. www.cpod.com/monoweb/fedmer/chartefedmer.html [consulté le 19/01/05].
- Fédération Hospitalière de France, Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés. Hôpital-Handicap : complément au manuel d'accréditation de l'Anaes, 2002.
<http://www.apf-moteurline.org/droitsdevoirs/droitsdespatients/FHF_CE_accréditation_integral.pdf> [consulté le 19-01-05].
- Société Française de médecine physique et de réadaptation. Traumatisés crâniens adultes en médecine physique et de réadaptation: du coma à l'éveil. Conférence de consensus labellisée par l'Anaes, 2001. www.sfar.org/reveilcomacons.html [consulté le 19/01/05].
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Groupe d'Animation et d'Impulsion National. Les services de soins de suite ou de réadaptation. Résultats nationaux : analyse de l'offre existante, évaluation des besoins exprimés en soins de suite ou de réadaptation. Paris: CNAMTS; 1998.
- Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales Inter-Région Ouest, Branger B, Ertzscheid MA, Le Guyader A. Hygiène dans les établissements de rééducation fonctionnelle (soins de suite et de réadaptation). Rennes: C.CLIN-Ouest; 2000.
- Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales Sud-Ouest. Hygiène en rééducation fonctionnelle. Bordeaux: C-CLIN Sud-Ouest; 2001.
- Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales Sud-Est, Savey A, Troadec M. Le manuel CLIN : un outil pour une démarche qualité. Hygiènes 2001;9(2):73-161.
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Traité de Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. Paris: Elsevier.
- Held JP, Dizien D. Traité de médecine physique et de réadaptation. Paris: Flammarion Médecine-Science; 1998.
- Hesbeen W. La réadaptation, du concept au soin. Paris: Lamarre; 1994.
- Lautissier A, Dusso B. Donner du sens à la qualité en réadaptation fonctionnelle. Soins 2002;(671):27-30.
- Pélissier J, Viel E. Douleur et médecine physique et de réadaptation. Paris: Masson; 2000.
- Queneau P, Ostermann G. Soulager la douleur. Paris: O. Jacob; 1998.

3/ Composition des groupes de travail et de lecture

Groupe de travail

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet au service études et développement, Anaes ;
 Mme Frédérique HANIQUEAUT, chef de projet au service des procédures d'accréditation, Anaes ;
 Mr Stéphane THIBAUT, chef de projet au service des procédures d'accréditation.

Groupe de lecture

Pr. A. DELARQUE, président de la Fédération française de médecine physique et de réadaptation (FEDMER) ;
 Mr P. JOURDY, chef du service des procédures d'accréditation, expert-visiteur, directeur secteur privé ;
 Mr L. BISACCIA, membre du Collège de l'accréditation de l'Anaes, directeur secteur privé ;
 Dr F. SANGUIGNOL, médecin-directeur secteur privé, expert-visiteur ;
 Dr M.ENJALBERT, médecin, secrétaire général de la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), expert-visiteur ;
 Mr M. CHANTEUR, directeur PSPH, expert-visiteur ;
 Mr M. GALLARD, infirmier général PSPH, expert-visiteur ;
 Mme Y. SERFATY, gestionnaire secteur privé, expert-visiteur ;
 Mme A. LAUTISSIER, directeur des soins PSPH, expert-visiteur.