

CO44-003-f

La coordination territoriale du SSR : quelle place pour la MPR ?J. Pélissier^{a,*}, P. Calmels^b^a CHU, coordination SSR Languedoc-Roussillon, fédération HU de MPR Montpellier-Nîmes, GH Carêmeau, 30029 Nîmes, France^b CHU, coordination SSR Territoire Ouest Rhône Alpes, service de MPR, Saint-Étienne, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jacques.pelissier@chu-nimes.fr.**Mots clés :** Organisation des soins ; Système de santé intégré ; Soins de suite et de réadaptation**Introduction.**– La fluidité des patients, la constitution de filières dans un parcours de soins cohérent depuis le secteur MCO, vers le domicile ou le secteur médico-social (MS) à travers le SSR (rééducation-réadaptation) est un enjeu de santé publique (efficacité globale : rapport bénéfice/coût conditionné par l'offre de soins, la DMS, les soins ambulatoires par exemple).**Objectif.**– L'instauration des coordinations SSR de territoire (décrets du 17 avril et circulaire du 3 octobre 2008 portant sur le SSR) vise à améliorer cette fluidité (articulation MCO-SSR mais aussi vers le domicile, les soins ambulatoires et le secteur MS).**Moyens.**– Leur mise en place s'inscrit dans le recensement de l'offre SSR (déploiement de Trajectoire – logiciel d'aide à l'orientation médicale) et vise à l'animation d'un réseau de partenaires SSR – MS – soins ambulatoires.**Modalités :** cette activité demande.–

- des connaissances cliniques sur le pronostic fonctionnel et l'élaboration de projet de vie : récupération fonctionnelle – potentiel évolutif des maladies chroniques – séquelles évolutives ou fixées ;
- des connaissances dans le domaine socio-économique : projet social et professionnel ;
- la connaissance des SSR, du MS, du secteur ambulatoire (missions, moyens, limites) ;
- une aptitude au travail multidisciplinaire et en réseaux, et à l'animation ;
- un intérêt à une réflexion organisationnelle et de santé publique.

Conclusion.– La compétence de MPR peut valoriser cette fonction, forte d'une dynamique de spécialité médicale impliquée dans la prise en compte du handicap de façon naturelle au sein d'un territoire et dont l'action est à la fois structurée et structurante, sans exclusive.<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.096>

CO44-004-f

Trajectoires cliniques illustrant la nécessité et l'utilité des liens entre MPR et neuro-oncologieE. Bayen^{a,*}, M.-D. Cantal-Dupart^b, M. Cheignard^c, C. Dufour^d, F. Laigle-Donadey^b, A. Laurent-Vannier^c, O. Oberlin^d, D. Psimaras^b, D. Ricard^e, J.-Y. Delattre^b, P. Pradat-DIEHL^{a,b,c,d,e}, Les membres du réseau onconeurotox, des équipes NOSS (neuro-oncologie soins de support) et de L'IGR^a^a Service de MPR de la Pitié-Salpêtrière, 75 Paris, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France^b Service de neuro-oncologie de la Pitié-Salpêtrière, 75, Paris, France^c Service de MPR pédiatrique, hôpital national de Saint-Maurice, 94, Saint-Maurice, France^d Département de cancérologie de l'enfant et de l'adolescent, institut Gustave-Roussy, 94, Villejuif, France^e Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 75, Paris, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eleonore.bayen@psl.aphp.fr.**Mots clés :** Neuro-oncologie ; Parcours de soins ; Champ de compétence

La MPR investit de façon croissante le champ neuro-oncologique et réciproquement. En effet, l'expertise MPR de la prise en charge du handicap et des parcours médico-sociaux peut s'avérer bénéfique pour les patients atteints de tumeur (quelle que soit la cinétique d'évolution) ou de séquelles neuro-oncologiques à long-terme. Nous exposons trois cas et proposons quelques pistes de réflexion.

Cas 1.– NOSS et MPR : M. G., 78 ans, a un oligodendrogliome anaplasique fronto-temporal droit diagnostiqué en 2008. Aggravation sub-aiguë du schéma de marche inexpliquée par son IRM (lésion stable). La prise en charge MPR (consultation) retrouve une spasticité majeure au membre inférieur gauche expliquée par deux « épines irritatives » (fécalome, phlébite). Devant la progression du handicap, proposition de nouvelles aides techniques et humaines, révision des objectifs de rééducation à domicile.**Cas 2.**– OncoNeuroTox et MPR : Mme J., 58 ans, a un cancer pulmonaire diagnostiqué en 2008 sur métastase osseuse et révélant de micrométastases cérébrales ; traitement par chimiothérapie et radiothérapie encéphalique in toto en 2008, rémission jusqu'en 2011. Troubles de l'équilibre, chutes, troubles sensitifs invalidants (membres supérieurs), troubles cognitifs, en rapport avec la radiochimiothérapie. La prise en charge MPR (hôpital de jour) s'axe sur une rééducation fonctionnelle en kinésithérapie, un bilan d'autonomie en ergothérapie. Des aides techniques sont proposées (vie quotidienne, aménagement, « prothèses mnésiques » pour séquelles d'encéphalopathie post-radique) ainsi qu'humaines (épousement familial).**Cas 3.**– Suivi pédiatrique HNSM-IGR et MPR : Melle L., 28 ans, a pour antécédent un médulloblastome de la fosse postérieure diagnostiqué à l'âge de deux ans, traité en 1985 par neuro-chirurgie, chimiothérapie et irradiation crânio-spinale. La prise en charge MPR (consultation) en 2012 s'articule autour de la clinique (épilepsie, séquelles cognitives, neuroorthopédiques, acoustiques suivi par l'IGR) et surtout du projet médico-social (réactualisation MDPH, suivi UEROS-ESAT, PAM, lieu de vie, indemnisation de l'aidant familial).

Ce travail collaboratif, en développement, oriente le patient et sa famille. Il montre :

- l'utilité de consultations MPR-neuro-oncologique d'accès rapide (handicap évolutif) ;
- la recherche d'indications ciblées de rééducation/réadaptation en neuro-oncologie (compensation de la perte d'autonomie cognitive, travail fonctionnel pour le handicap moteur) ;
- la nécessité de créer de nouvelles approches intégratives et parcours (pédiatrie/adulte) dédiés à la neuro-oncologie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.097>

CO44-005-f

Rémunération à la performance : propositions pour la MPR

G. de Korvin

Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, 6, boulevard de la Boutière, 35768 Rennes-Saint-Grégoire, France

Adresse e-mail : dekorvin@Free.Fr.**Mots clés :** Rémunération à la performance ; Convention médicale ; Sécurité sociale ; MPR

La rémunération à la performance est un élément nouveau important, inscrit dans la convention médicale de 2011. L'objectif est de générer des économies par une « réduction des écarts de pratiques » des médecins, alimentant ainsi une enveloppe de rémunération complémentaire du paiement à l'acte.

La rémunération à la performance existe aux États-Unis (P4P = *payment for performance*), au Québec et au Royaume-Uni. Ces expériences ont été résumées dans un rapport de l'IGAS « rémunérer les médecins selon leurs performances : les expériences étrangères » publié en juin 2008 (réf. RM2008-047P).

En France, la sécurité sociale avait déjà introduit unilatéralement des contrats individuels (CAPI = contrats d'amélioration des pratiques). Seize mille généralistes y ont souscrit.

Le dispositif conventionnel reposera sur deux volets :

- l'organisation du cabinet et la qualité de service ;
- la qualité de la pratique médicale.

Au départ, ce volet médical ne devait concerner que les généralistes. La convention de 2011 l'a étendu aux spécialités médicales, en commençant par quatre spécialités : la cardiologie, la gastroentérologie, l'endocrinologie et la pédiatrie. Les autres spécialités auront ensuite la possibilité de présenter et négocier avec l'UNCAM un dossier spécifique, à conclure par un avenant à la convention.

Pour la MPR, il importe d'identifier les sujets représentant un enjeu médical et économique, de formaliser des programmes de prise en charge efficaces et de définir des indicateurs permettant d'évaluer cette efficacité.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.098>

CO44-006-f

Démographie médicale en MPR

P.-A. Joseph

Cofemem collège français des enseignants universitaires de MPR, service MPR, hôpital Tastet-Girard, CHU Pellegrin, CHU et université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France
Adresse e-mail : pierre-alain.joseph@chu-bordeaux.fr.

Mots clés : MPR ; Démographie ; Internat; Post-internat

Nous sommes 1835 spécialistes MPR au début 2011 d'après les données de l'Atlas de la démographie médicale : situation au 1er janvier 2011 (Conseil national de l'ordre des médecins). Ainsi nous représentons un peu moins de 1 % du total des 49 spécialités médicales et chirurgicales, dont 34 disciplines médicales.

L'exercice salarié est le plus fréquent et en augmentation (salariés 1325 dont 64,8 % hospitaliers, mixte 167, libéraux 340). La pyramide des âges est encore déséquilibrée avec un nombre important de spécialistes MPR âgés de 55 ans ou plus. Cette « génération en partance » a fait craindre l'effondrement du nombre de spécialistes MPR. Heureusement après un étage à moins de 30 nouveaux spécialistes MPR par an en 2006–2009, les chiffres de nouveaux spécialistes en 2010 sont de 41 (avec l'apport notamment des médecins qualifiés via le DIU de médecine de rééducation et une pratique). Les projections sont de près d'une centaine de nouveaux MPR chaque année à partir de 2014 avec l'impact de la filiarisation de l'internat depuis 2010. Cette « nouvelle vague » doit pouvoir accéder plus facilement aux divers modes d'exercices de MPR. Des nouveaux terrains de stages ont été agréés pour le DES et les remplacements doivent être développés, car aujourd'hui très peu d'opportunités de remplacement sont proposées. Nous allons également être confrontés à un accès au post internat plus difficile car le nombre de postes de médecin assistants a stagné malgré l'augmentation considérable de celui des internes. Après les actions pour la démographie, cet accès à un parcours plus formateur et plus valorisant est un nouvel enjeu pour nos instances de spécialité.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.099>

CO44-007-f

En attendant la tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation : quels groupes de patients pour financer la réadaptation ?

J.-P. Devailly^{a,*}, L. Josse^b

^a Groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, hôpitaux universitaires Paris Nord-Val-de-Seine, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18 Paris, France

^b Hôpital Rothschild, 5, rue Santerre, 75571 Paris cedex 12, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : jpdevailly@gmail.com.

Mots clés : Réadaptation ; Soins de suite et de réadaptation ; Tarification à l'activité ; Classification case-mix ; Différentiation, intégration

Le modèle définitif de tarification à l'activité (T2A) en soins de suite et de réadaptation (SSR) n'est toujours pas connu. Si la T2A en court séjour s'inspire des Diagnosis Related Groups (DRG) de Fetter, le PMSI-SSR est une invention française fondée sur le modèle des Resource Utilization Groups (RUG). Ceux-ci, issus des longs séjours américains, sont aussi à l'origine des Groupes Iso-Ressources (GIR) utilisés dans le secteur médicosocial. Alors qu'aux USA et dans de nombreux pays un secteur post-aigu de réadaptation est identifié et bénéficie d'un financement spécifique et distinct de celui du secteur des soins subaigus justifiant un hébergement temporaire [1], la France a choisi une classification commune.

La disparition de la segmentation entre réadaptation fonctionnelle et soins de suite, voulue par les décrets de 2008, entraîne une profonde réingénierie des SSR. La pertinence du choix de la journée pondérée comme fondement du PMSI en SSR face à l'impact d'une telle classification lors du passage à la T2A en SSR est confrontée à la littérature internationale [2]. Les risques de pertes de chances sont envisagés dans le contexte de la concurrence encadrée instaurée à toutes les étapes de la chaîne de soins [3]. Une réadaptation accessible ne sera préservée que par une classification des groupes de patients identifiant la complexité médicale des programmes requis et la consommation de ressources attendue. Le coût relatif du traitement doit être comparé à une moyenne dans une échelle des coûts garantissant la faisabilité de programmes de réadaptation conformes aux données de la science. L'articulation médicoéconomique doit être au service de parcours de soins conciliant accessibilité, spécialisation, graduation territoriale et continuité des soins.

Références

- [1] Rehabilitation facilities (Inpatient) payment basics payment system. Payment basics. www.medpac.gov; Octobre 2008. http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_08_IRF.pdf.
- [2] Kiekens C, et al. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé; 2007. http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9478.
- [3] Devailly JP, Josse L. Accès aux soins de réadaptation et handicap. *Gestions Hosp* 2010;492:11–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.100>

English version

CO44-001-e

The paradoxes of performance management in PMR

J.-P. Devailly^{a,*}, L. Josse^b

^a Groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18 Paris, France

^b Hôpital Rothschild, 5, rue Santerre, 75571 Paris cedex 12, France

**Corresponding author.*

E-mail address: jpdevailly@gmail.com.

Keywords: Performance; Physical Medicine and Rehabilitation; Healthcare system

Performance of healthcare organizations can be defined as the mobilization of resources to improve population health while controlling costs. Promoted by the New Public Management, performance confronts the rehabilitation physicians in a number of paradoxes [1]. The first is the paradox of accountability that pits the individual interest of the patient and health policies, concerned about the health of populations and rationalize resource allocation. The second is the paradox of specialization. More units and skills are differentiated and they must be associated with powerful integration mechanisms centered on the purpose of care. The couple differentiation/integration opposes the final outcome evaluation of the "value chain" to the fragmentation of performance contracts. Performance cannot be limited to statistical outputs, measurement of outputs exclusively related to financial risk. The third paradox is that of the clinic. The long-term outcome leads to manage the singularity but a large scale. At the microeconomic level, finally, the paradox of autonomy places the sole practitioner in tension with the assembly of skills within a network. The performance management confronts four logical regulations often contradictory, professional, technocratic, democratic and market. It involves the joint at various levels of governance constraints of the operators, expectations of the beneficiaries, and requirements of payers. A shared model of clinical outcomes is essential to the definition of performance in rehabilitation medicine. The ICF can provide this common vision, a bridge between care and social. By providing a framework for analyzing the needs of care and outcomes, between the vision of the doctor and the manager, it allows the construction of a classification system for patients, only able to make sense of a chain of satisfaction among stakeholders [2].