

## La gradation en SSR, quels enjeux?

G. Rode

Hospices Civils de Lyon, Hôpital Henry Gabrielle, Service de MPR  
Faculté de Médecine Lyon-Est



## Cadre réglementaire



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE**

**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**

## Décret du 17 avril 2008

- Modèle défini par rapport aux activités de MCO
- Modèle construit par rapport aux contraintes de la T2A
- Identité insuffisamment définie (SSR)
- Aucune référence aux enjeux de formation et de recherche
- Lien insuffisant avec secteur médicosocial et médecine de ville



## OMS PLAN D ACTION HANDICAP 2014-2021

UNE MEILLEURE SANTÉ POUR TOUTES LES PERSONNES HANDICAPÉES

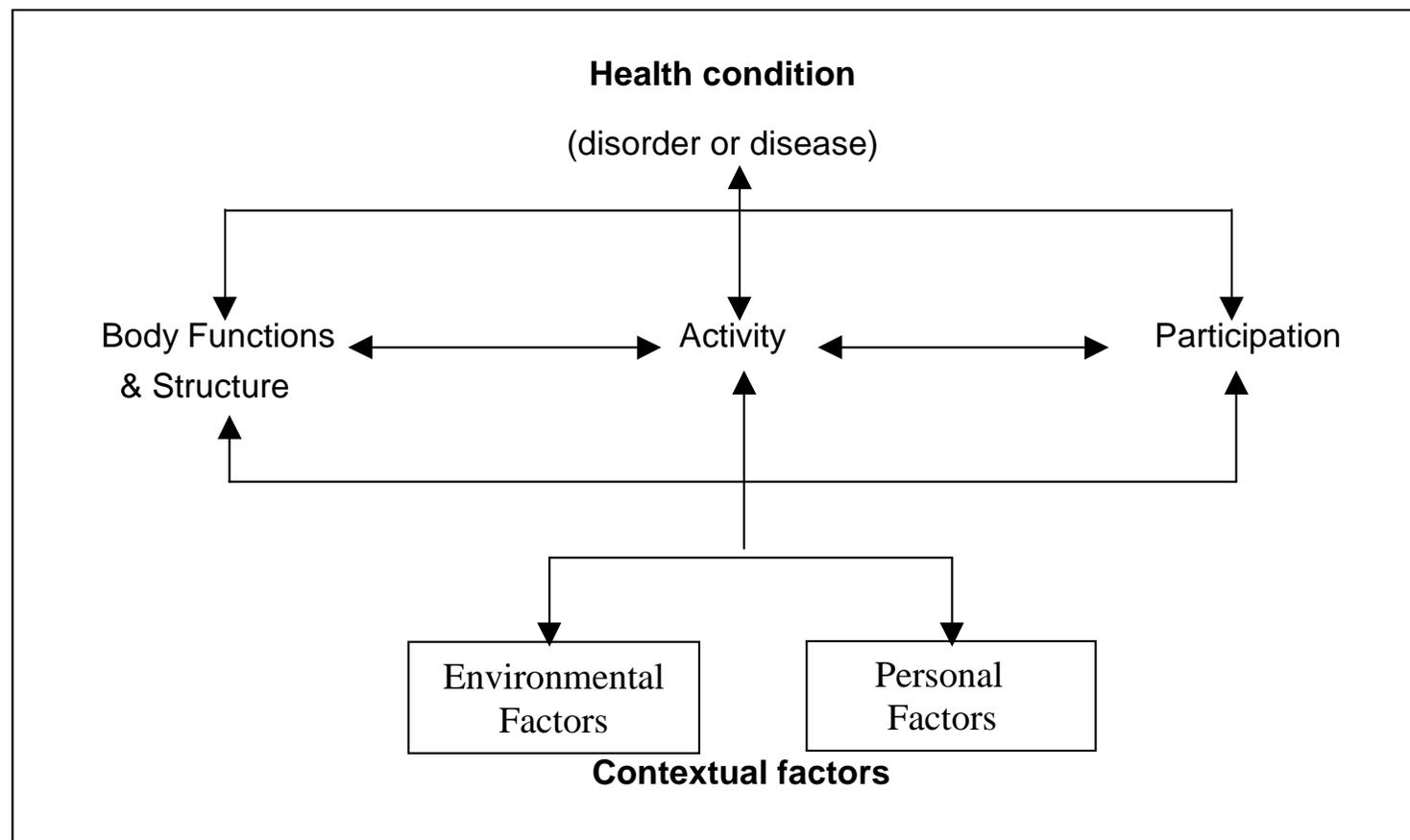
- Objectif 1

Éliminer les obstacles et améliorer l'accès aux services et aux programmes de santé

- Objectif 2

Renforcer et étendre les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, d'aide et de soutien, et la réadaptation à base communautaire

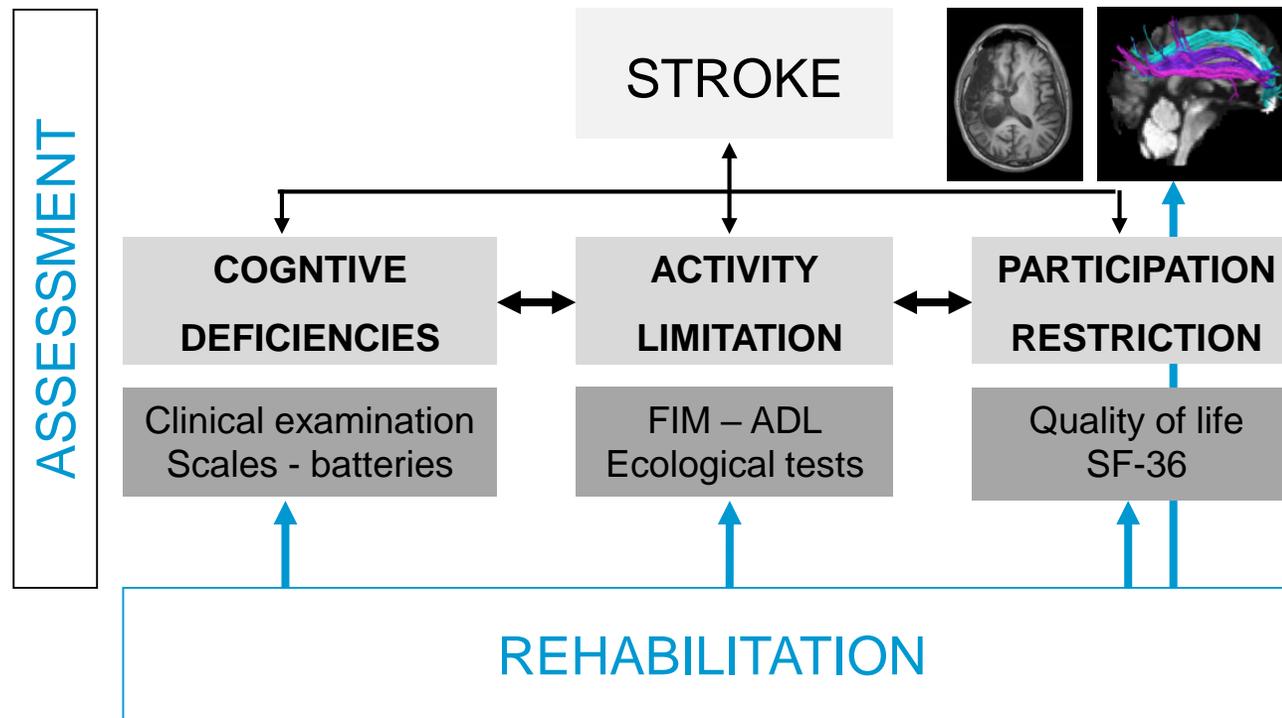
## Proposer un modèle organisationnel basé sur la CIF



## SSR et ICF

- Modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (ICF)
- Modèle organisationnel intégré
- De la science (lésion - déficience) à la société (participation)
- De l' hospitalisation au retour à la vie sociale (parcours)

## La CIF un modèle pour la rééducation



## La CIF un modèle pour la rééducation neurologique

DISEASE	INTERVENTION
<b>LESION</b>	Plasticity (structural, functional) Vicariousness Stimulation of undamaged nervous system structures (cortical areas, neural connexions, nerves, muscles)
<b>DEFICIENCY</b>	Recovery, restoration Motor learning, motor adaptation, skill acquisition, decision-making Explicit learning, implicit learning Top-down and bottom-up approaches
<b>ACTIVITY LIMITATION</b>	Functional generalization Compensation by unimpaired structures (muscles, limbs, sensory modalities) Compensation by equipment (technical help, connects object, orthosis, prosthesis, BCI, interface human machine) Compensation by caregivers or environment
<b>PARTICIPATION RESTRICTION</b>	Compensation by family, people, society (legal, economic, politic dimensions) Recognition, inclusion

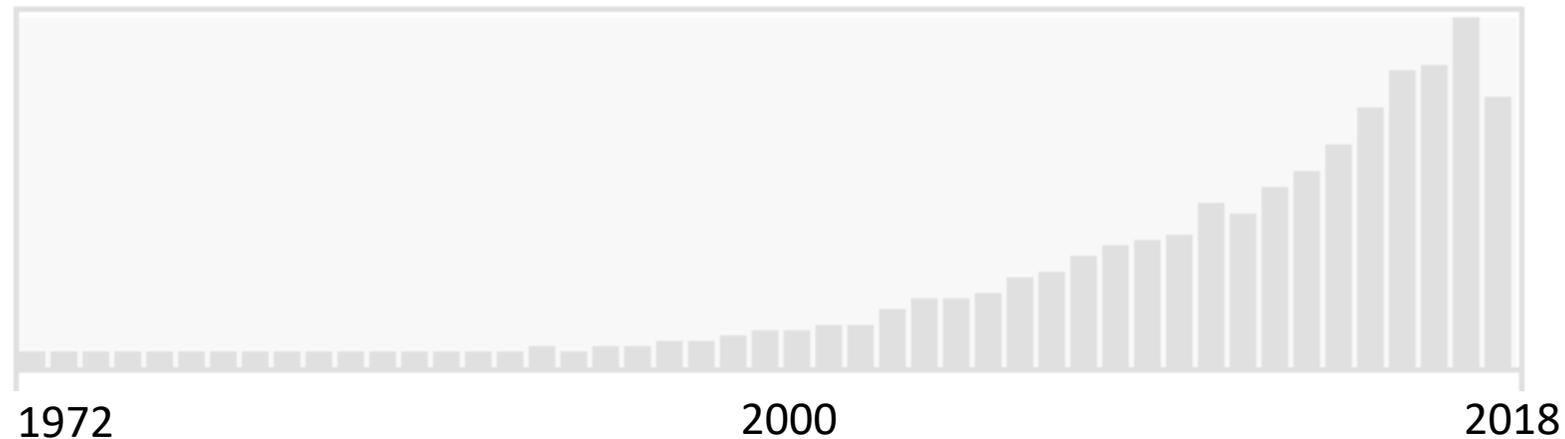
Rode, et al., 2017

## Rééducation : un niveau de preuve croissant (EBM)

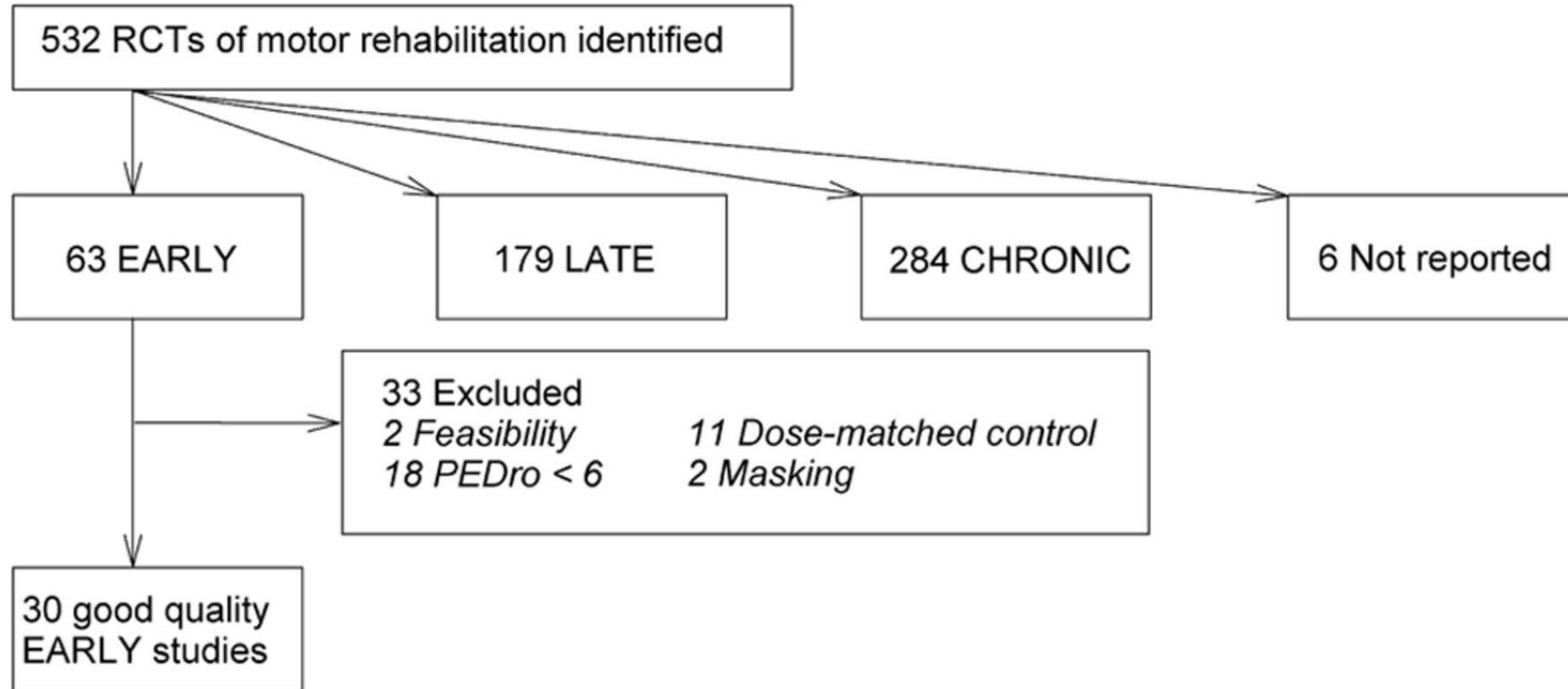
669 meta-analysis



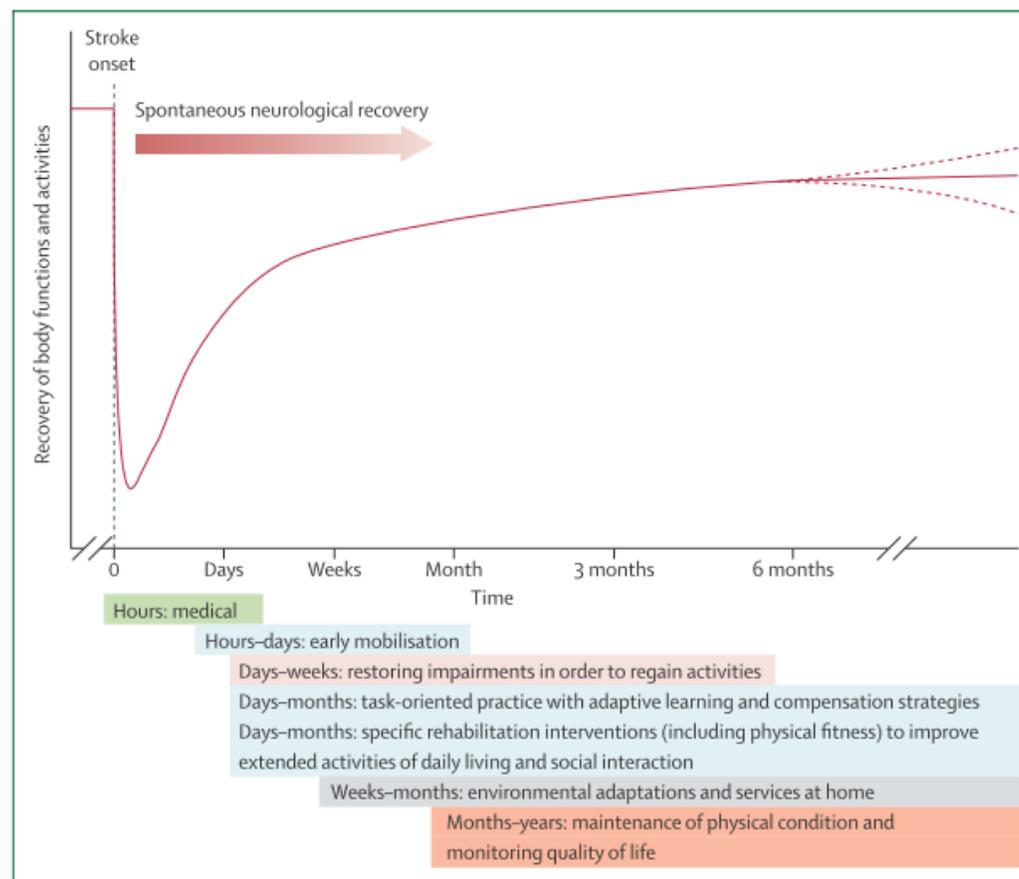
> 20 000 articles étude 'stroke rehabilitation'



## Etudes à un stade précoce

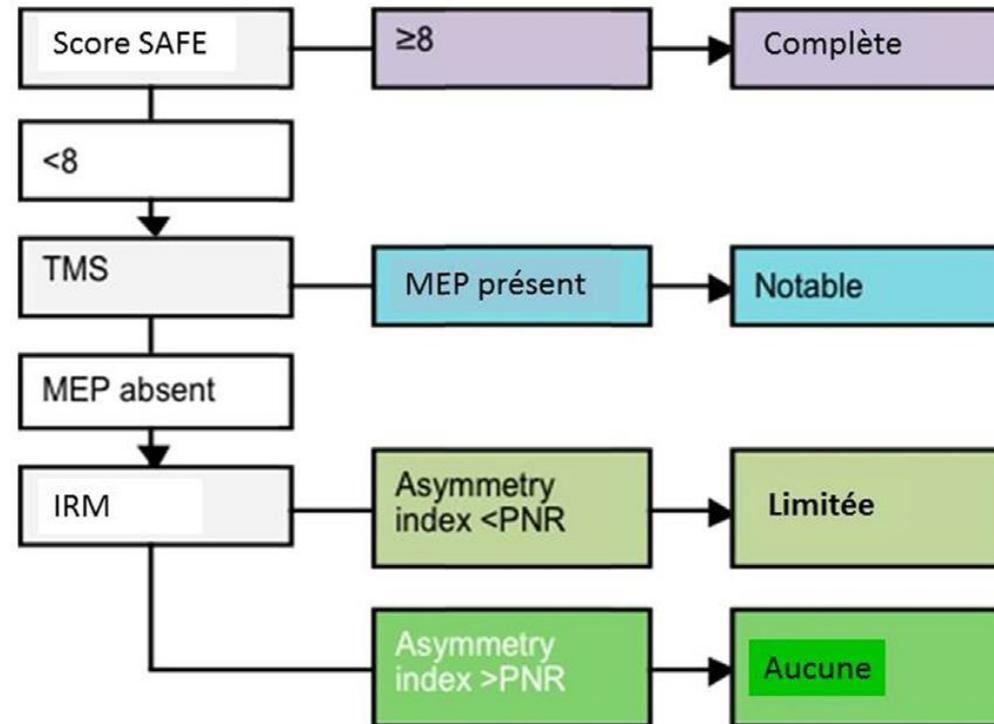
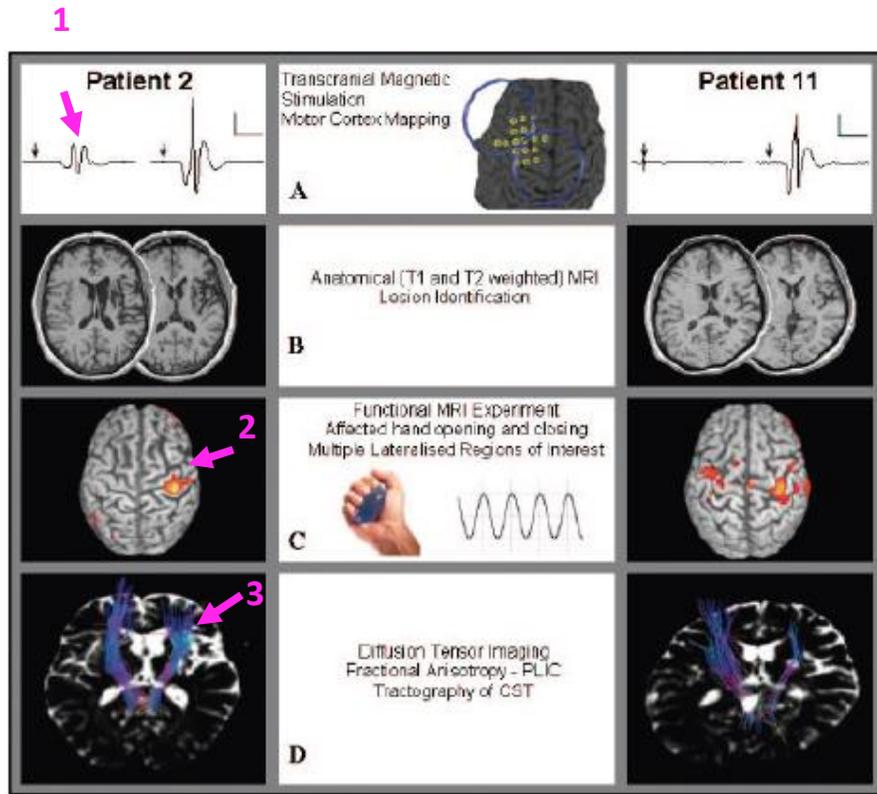


## Une approche graduée



Langhorne, et al. Lancet 2011

## Prédiction de la récupération du membre supérieur à 3 mois post AVC



Réponse positive à la stimulation transcranienne (TMS) 1

Activation du cortex moteur controlatéral Controlatéral en IRMf 2

Intégrité du faisceau pyramidal qui commande l'hémicorps en IRM (DTI) 3

Stinear et al., 2007, 2009, 2014

## Une approche graduée en fonction des plateaux techniques

- **Rééducation spécialisés**

Neuromoteur : marche, équilibre, préhension, exosquelette

Neurocognition : numérique, réalité virtuelle

Activités Physiques Adaptées, VO2 max, aérobie

- **Expertise**

Explorations neuro-périnéales, AQM, posture, cognition

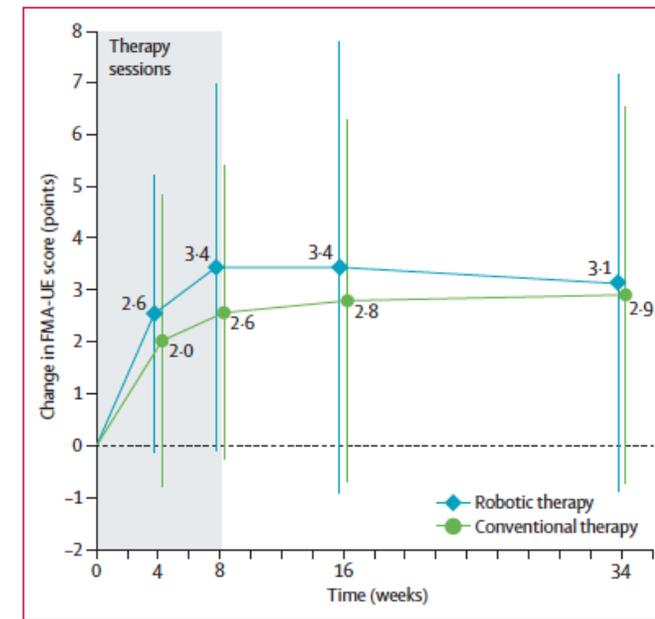
- **Recherche**

Analyse du mouvement, neuromodulation, neurotechnologies

## Three-dimensional, task-specific robot therapy of the arm after stroke: a multicentre, parallel-group randomised trial



*Verena Klamroth-Marganska, Javier Blanco, Katrin Campen, Armin Curt, Volker Dietz, Thierry Ettl, Morena Felder, Bernd Fellinghauer, Marco Guidali, Anja Kollmar, Andreas Luft, Tobias Nef, Corina Schuster-Amft, Werner Stahel, Robert Riener*

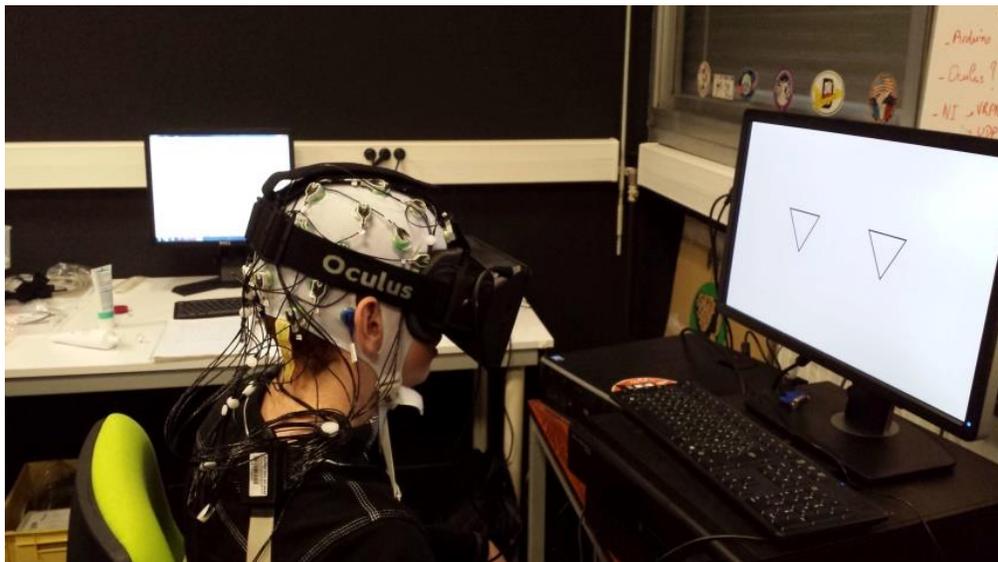




## Plateaux technologiques innovants

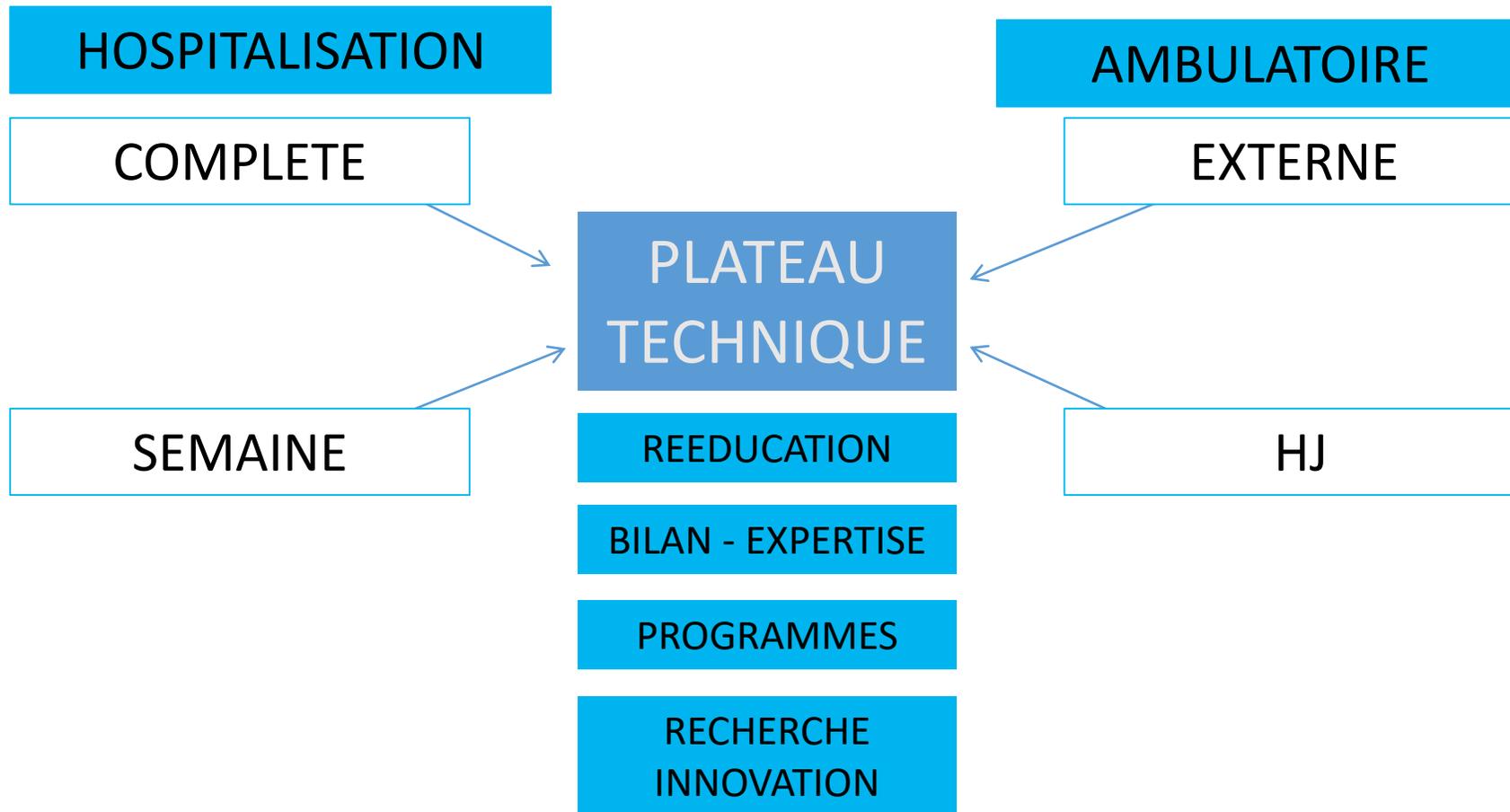
NeuroImmersion

fondation  
neurodis



## Développer des PT de rééducation spécialisée Vers une structuration différente des activités

## Changer de paradigme Vers un modèle centré sur le plateau technique



## Développer des programmes spécifiques (HCL)

- **Filière AVC**

Programme rééducation intensive structurée sur 6 semaines  
Remédiation cognitive secondaire (BORA 1)

- **Filière onco**

Reconditionnement reconditionnement précoce (ZEPHYR)  
Remédiation cognitive (ChemoBrain) (BORA 2)

- **Filière neuro dégénératif**

Programme intensif pour Maladie de Parkinson (SIROCCO)  
Programme intensif pour ataxie spino-cérébelleuse (PAMPERO)

# Perspectives

- Plateforme d'évaluation structurée et valorisée
- Utilisation de **bilans validés** uniquement
- Structuration des outils (compte-rendu)
- Des séjours valorisés (critères)
- **Outils connectés** Coaching à distance = accompagnement, suivi après la sortie. Défis patients.
- Intervention **patients partenaires** (besoins, élaboration et évaluation)

## SSR spécialisés versus SSR polyvalents

## La majorité des patients sont orientés en SSR polyvalent

Figure 1a. Proportions régionales de patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation après un AVC, France, 2007 / Figure 1a. Regional post-acute hospitalization rates after a stroke, France, 2007

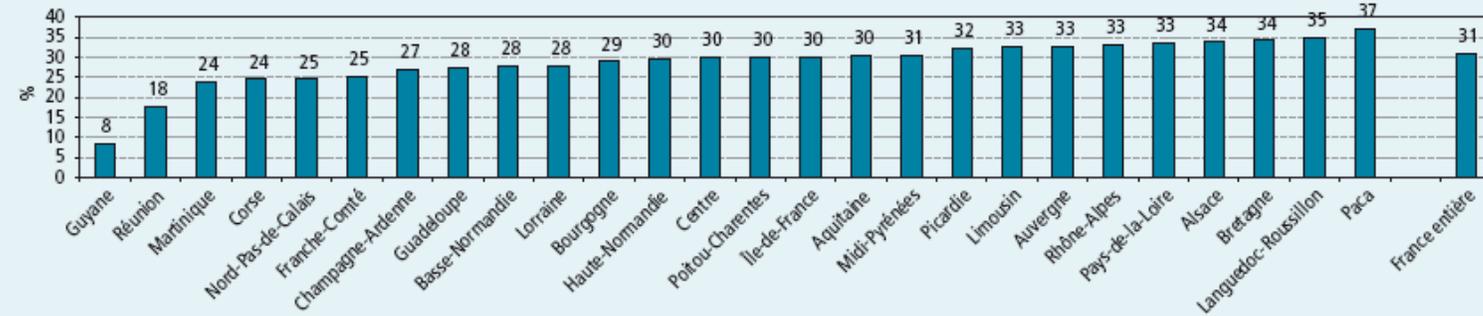
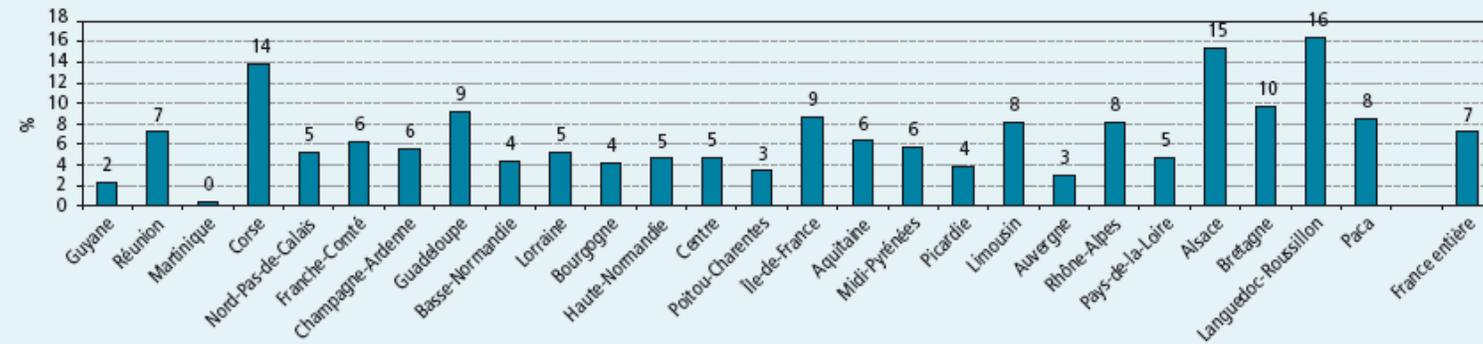


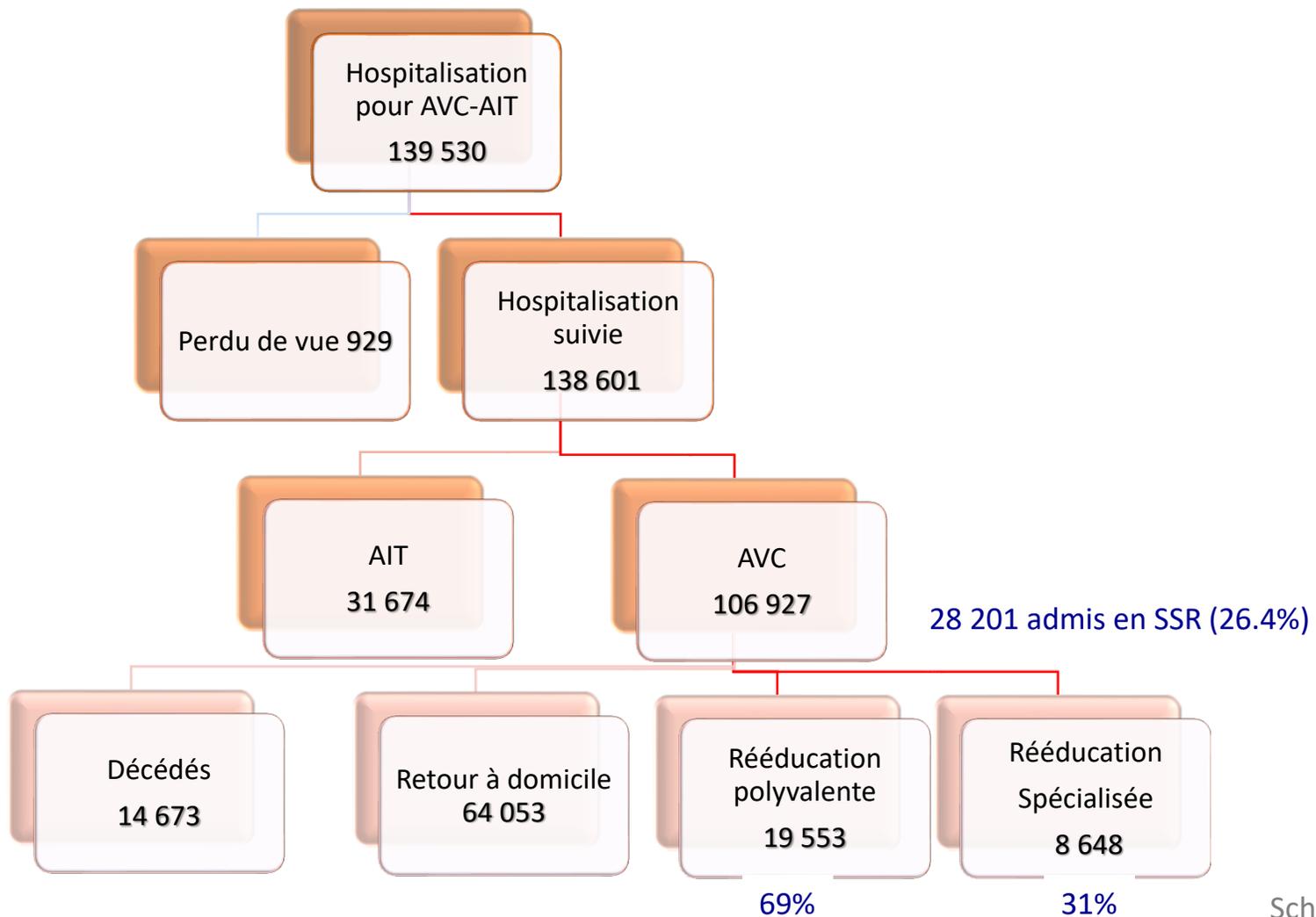
Figure 1b. Proportions régionales de patients hospitalisés en rééducation fonctionnelle après un AVC, France, 2007 / Figure 1b. Regional rates of hospitalization in rehabilitation facilities after a stroke, France, 2007



de Peretti, et al. BEH 2010

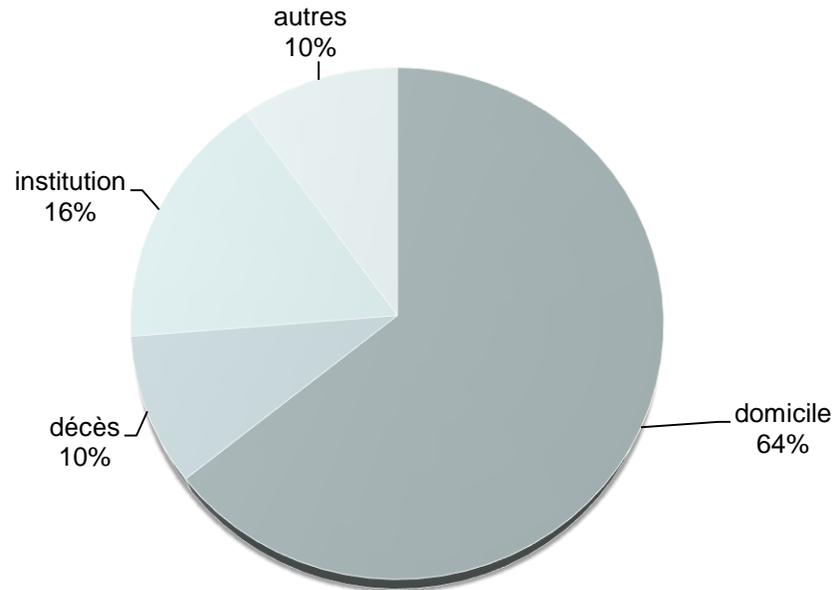
## SSR spécialisés

- Etude d'impact
- Patients identifiés dans la base nationale 2009 du PMSI MCO
- A partir du diagnostic principal en MCO ( I60 à I64) puis chainage dans le PMSI SSR.
- Autonomie évaluée par les critères PMSI (marche, habillage, alimentation, continence, comportement) → coté de 1 (autonome) à 4 (dépendant).

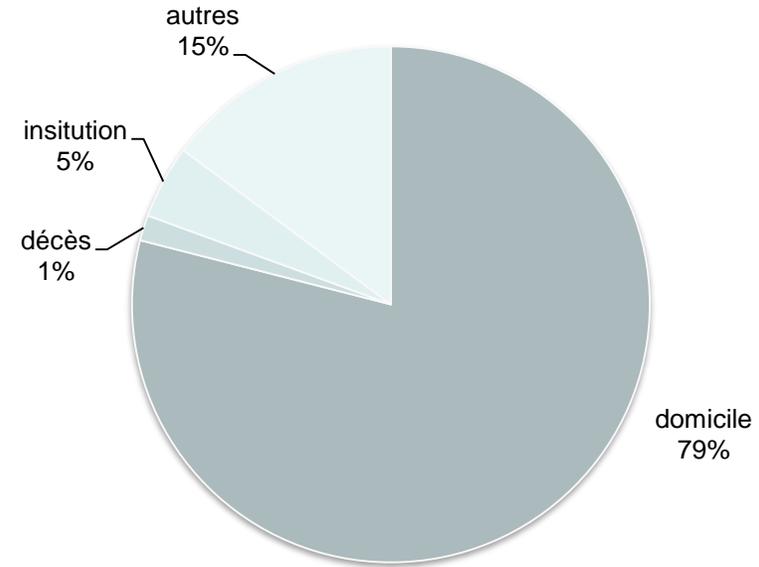


Schnitzler et al., 2014

## devenir après SSR Polyvalent



## devenir après SSR spécialisé



Bénéfice de l'hospitalisation en SSR neuro spécialisés

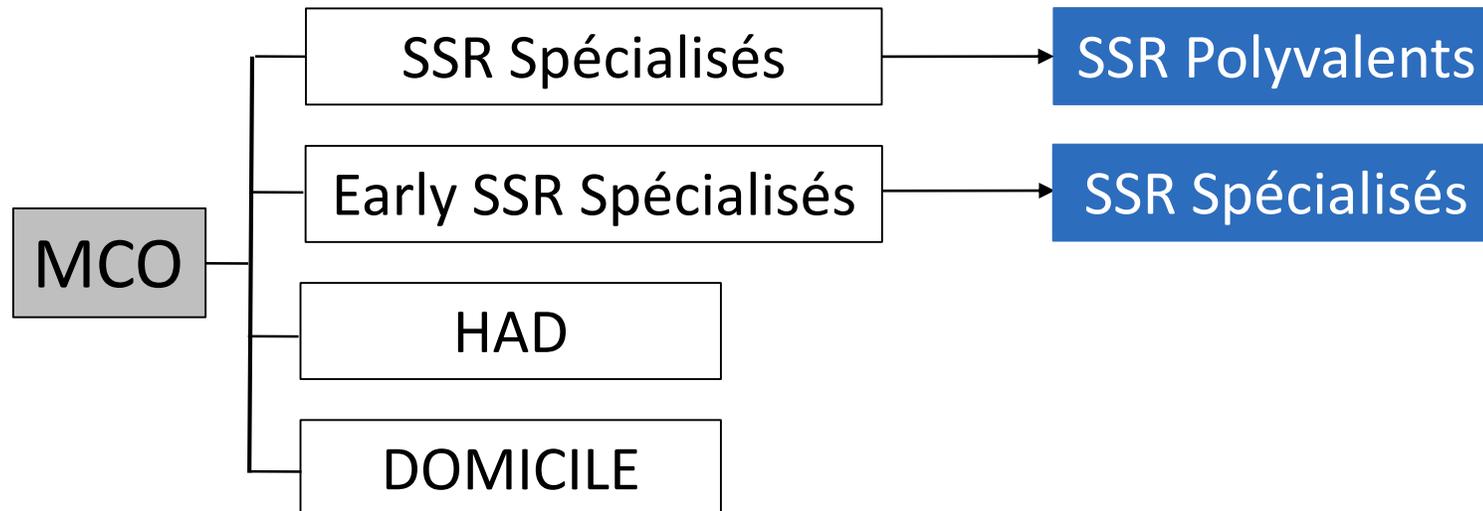
Sur la mortalité (1.6% vs 9.5% en SSR polyvalent)

Sur le retour à domicile (79% vs 64% en SSR polyvalent)

Schnitzler et al., 2014

# Développer des partenariats entre établissements de SSR

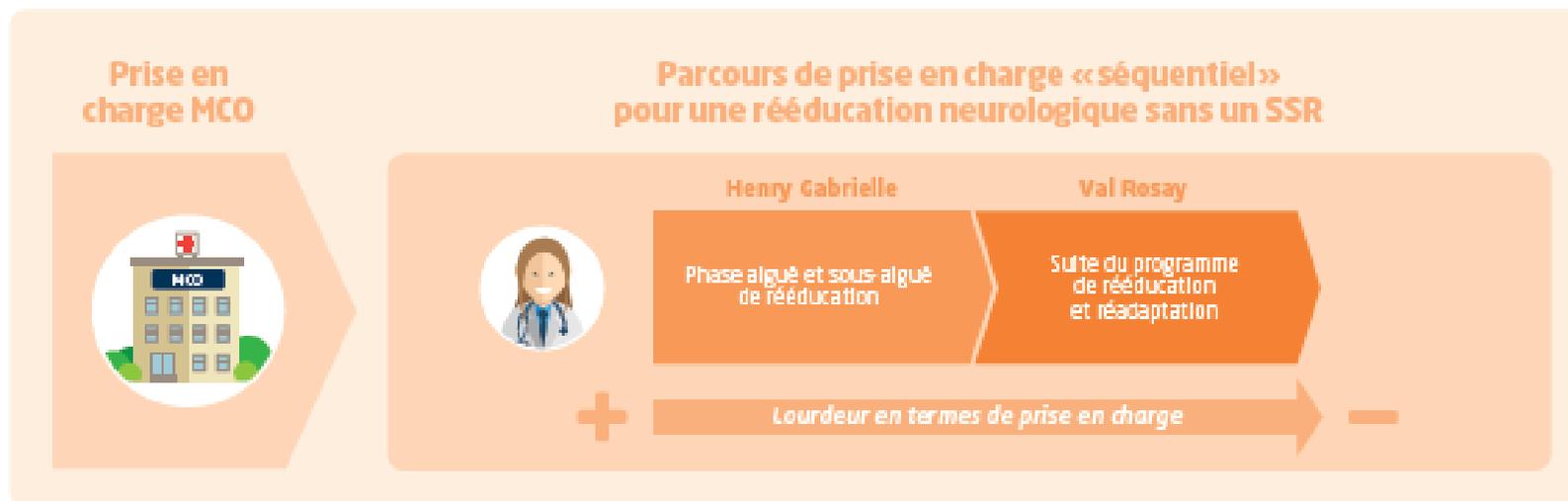
- Première étude française montrant la supériorité des SSR spécialisés
- Réorganisation des filières de soins en privilégiant ce parcours
- Augmenter le nombre de patients admis en SSR spécialisés
- Liens fonctionnels possibles SSR spécialisés – SSR polyvalents



## Développer des collaborations inter-établissements

### Partenariat HCL - UGECAM (Val Rosay)

- Signature de Conventions en juillet 2013 et juin 2015
- Séjours séquentiels pour les patients neurologiques complexes (mRS 4-5)
- Un praticien attaché partagé (2014)
- 1 poste d'assistante spécialiste partagé (mai 2018)
- Filière AVC



## Enjeux du SSR

- Nouveau décret
- Nécessité d'un nouveau modèle organisationnel du SSR
- Reposant sur un modèle : la CIF (WHO 2001)
- Définition d'un projet stratégique pour le SSR (soins, formation, recherche)
- Activités centrées sur les plateaux techniques et l'ambulatoire
- Programmes pertinents (qualité, efficacité, niveau preuve)
- développer les SSR spécialisés
- Proposer des parcours séquentiels (inter-établissements)
- Impliquer les patients partenaires

## SSR

L'enjeu de la FONCTION et de la PARTICIPATION  
De la science à la société

Merci de votre attention

