

## **Les programmes de soins, clé de la performance en médecine de réadaptation**

*Jean-Pascal Devailly, Laurence Josse. Manuscrit accepté des auteurs.*

*Article paru dans Gestions Hospitalières. 2021; n° 603 : 110-115*

### **Résumé**

Les programmes de soins décrivent des processus à la fois cliniques et économiques intégrant les différents groupes professionnels impliqués dans les soins pour une population présentant un même problème de santé. Nous décrivons ici l'application de la méthode au champ de la réadaptation qui concerne tous les secteurs : court séjour, Soins de suite et de réadaptation (SSR), soins ambulatoires, à domicile et en établissements médico-sociaux.

Les programmes de soins permettent de définir les moyens humains et matériels adaptés à des objectifs centrés sur les besoins des patients et de justifier un financement pertinent au regard de ces deux composantes.

Ils améliorent la satisfaction du patient, de son entourage et des équipes cliniques. Ils renforcent la communication interprofessionnelle ainsi que l'efficacité organisationnelle et financière des activités de réadaptation.

### **Introduction**

Apparus dans les années soixante-dix les programmes de soins se sont développés sous les noms divers de *clinical pathway*, itinéraires de soins, parcours cliniques ou chemins cliniques. Ils décrivent des processus à la fois cliniques et économiques intégrant les différents groupes professionnels impliqués dans les soins pour une population présentant un même problème de santé. Face à la transition épidémiologique et aux contraintes budgétaires, le concept de programme de soins offre la méthode la plus robuste pour articuler compétences, organisation et production de valeur. Nous décrivons ici l'application de la méthode au champ de la réadaptation qui concerne tous les secteurs : court séjour, SSR, soins ambulatoires, à domicile et en établissements médico-sociaux.

### **1 Définition de la réadaptation**

« La réadaptation est un ensemble d'interventions nécessaires lorsqu'une personne est limitée, ou risque d'être limitée, dans son fonctionnement quotidien à cause de son âge ou d'une pathologie, notamment une maladie ou un trouble chronique, une lésion ou un traumatisme<sup>1</sup> ». Elle s'appuie sur un **modèle systémique de la santé** qui en décrit les composantes dans la classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF). La CIF fait la synthèse entre modèles médical ou individuel et social ou collectif du handicap. Elle permet de modéliser les relations entre la demande de soins, les besoins et les différentes finalités de l'offre de soins (Fig. 1).

**L'évolution de la demande de soins au niveau micro-économique** est conditionnée par le vieillissement, les maladies chroniques, les polyopathologies et les limitations fonctionnelles multi-systémiques à risque de handicap. Cette demande implique de considérer d'un même regard pronostic vital, fonctionnel et social.

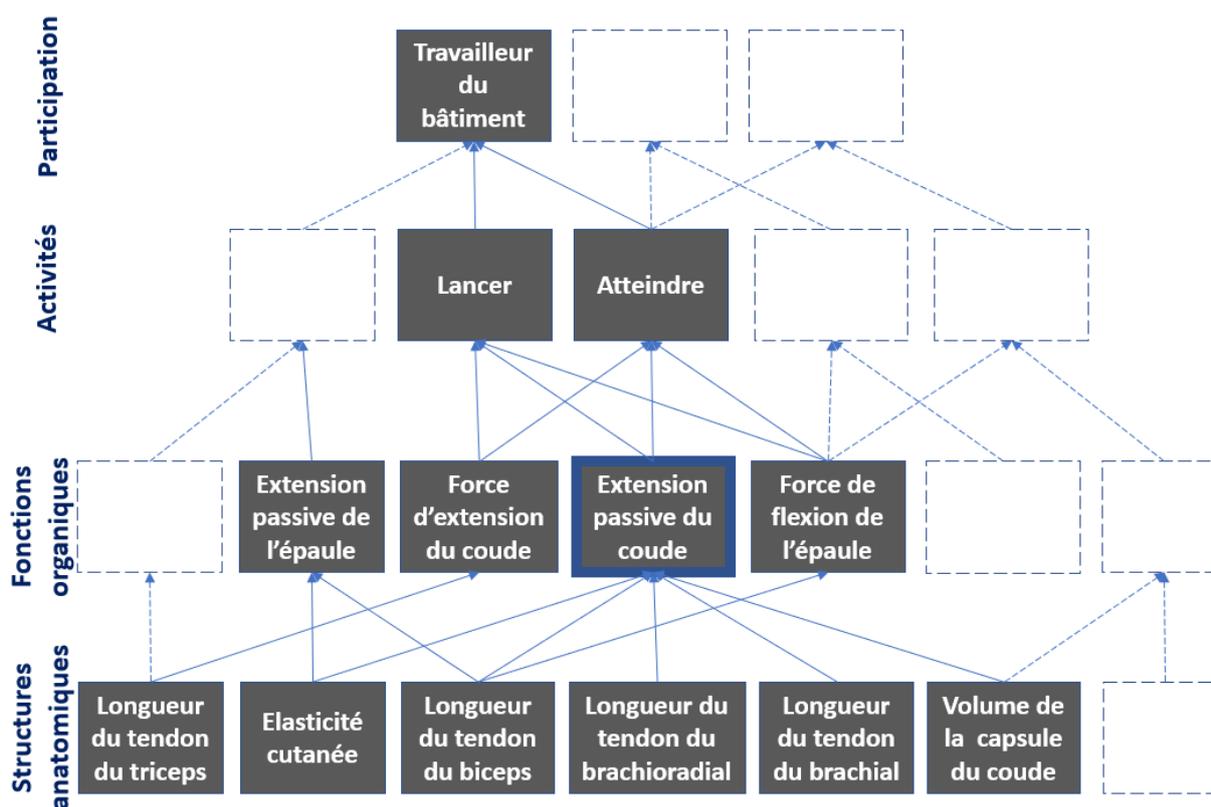
**Au niveau méso** des organisations, les prestations de réadaptation sont assurées au sein de structures prestataires très diverses par un large éventail de disciplines et

professionnels de la santé médicaux et paramédicaux au rang desquels les médecins spécialistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoprothésistes etc. Dans les structures de soins, la fonction de réadaptation est étroitement intriquée à des degrés divers avec les autres fonctions de production de la nomenclature fonctionnelle de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA).

**Les activités de réadaptation se déclinent de façon graduée** (soins primaires, secondaires et tertiaires) à toutes les étapes des parcours de soins en termes de **réadaptation précoce, réadaptation fonctionnelle intensive et réadaptation centrée sur l'intégration sociale.**

**Au niveau macro des politiques publiques,** les activités répondent aux stratégies fondamentales de santé de l'OMS : promotion de la santé, prévention, soins curatifs, réadaptation et soutien social. Réadaptation devient un terme générique qui englobe rééducation, réadaptation (dans son ancien sens français) et réinsertion. Les états signataires de la Convention internationale pour les droits des personnes handicapées ont le devoir de déployer une stratégie nationale de réadaptation. Ils s'engagent à répondre à l'appel à l'action de l'OMS Réadaptation 2030<sup>2</sup>.

**Figure 1 : CIF et raisonnement clinique en réadaptation (adapté de Whyte et al.)**



## 2 Le processus de réadaptation : un programme d'interventions individualisé

Le processus de réadaptation commence par le diagnostic médical et se poursuit aussi longtemps que la personne a besoin d'interventions de réadaptation. Selon les caractéristiques et les exigences du patient, le processus peut être mono ou pluriprofessionnel au sein d'une équipe multidisciplinaire de réadaptation.

Le processus de réadaptation comprend régulièrement 4 étapes<sup>3</sup> (figure 2)

- **Identification des besoins** : dans un premier temps, la présence et la gravité des problèmes du patient sont identifiées sur la base des dimensions de la CIF. Il s'agit de lister les déficiences des fonctions et des structures du corps, les limitations d'activités et les restrictions de participation. En outre, les facteurs environnementaux tels que le soutien et les attitudes de la famille, des amis, de l'employeur ou de la communauté, l'environnement physique, de santé et autres services, etc., les facteurs personnels tels que mode de vie, habitudes, éducation, événements de la vie ou du milieu social, les facteurs pronostiques, le potentiel et les besoins de réadaptation de la personne, ainsi que ses souhaits et ses attentes sont identifiés.

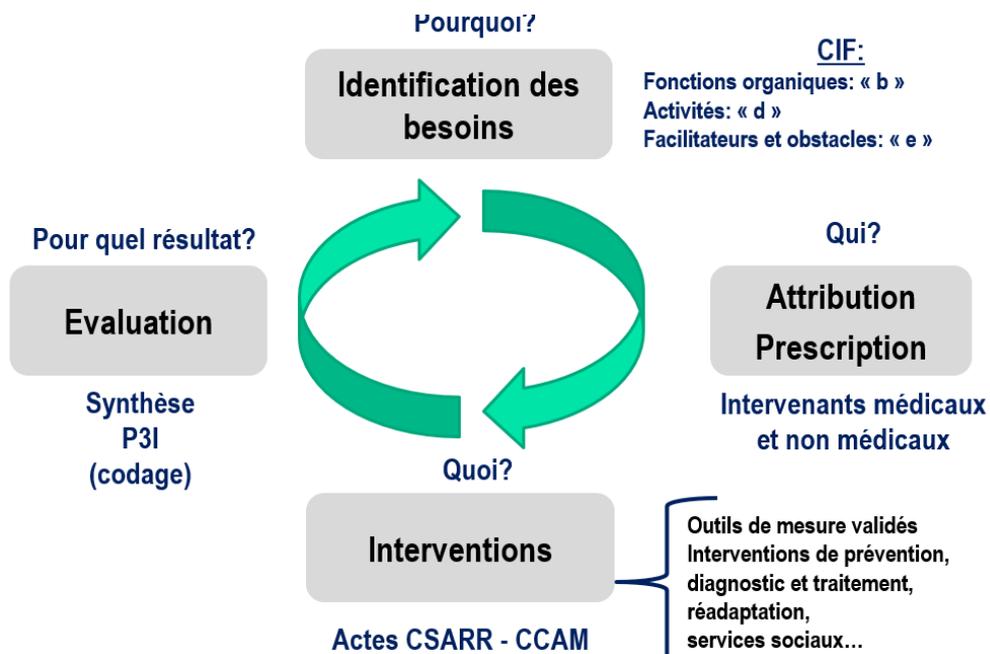
- **Fixation d'objectifs** : un plan de réadaptation individuel est établi. Ce plan comprend des objectifs à court terme et à long terme pour le patient proposant le délai dans lequel il doit être délivré. L'implication du patient, de la famille et des soignants est d'une importance capitale. Cette étape comprend également la définition d'objectifs assignés à des interventions spécifiques, puis l'attribution aux différents membres de l'équipe multidisciplinaire de réadaptation pour effectuer les interventions.

- **Intervention** : à ce stade, toutes les interventions thérapeutiques, éducatives et de soutien spécifiées dans le plan de réadaptation sont entreprises.

- **Évaluation** : l'évaluation des résultats permet de prendre la mesure de la réalisation des objectifs. À la plupart des étapes de ce processus de réadaptation, l'équipe de médecine de réadaptation utilise divers outils d'évaluation pour établir la présence et la gravité des déficiences, incapacités et restrictions de participation. L'utilisation d'outils d'évaluation standard basés sur la CIF améliore la communication entre les membres de l'équipe. À la fin du processus de réadaptation, le patient, sa famille et les soignants sont informés des résultats et des modalités de suivi si nécessaire.

**Ce processus est itératif.** A l'issue de l'évaluation, l'équipe de médecine de réadaptation doit déterminer si les objectifs sont atteints ou s'il y a des problèmes non résolus mais qu'un nouveau cycle de prise en charge pourrait résoudre. Pour ce faire, le programme de réadaptation antérieur est revu et ajusté en fonction du nouvel objectif. Ce processus est donc itératif et le cycle continue jusqu'à ce que les objectifs soient atteints (fig. 2).

**Figure 2 : le cycle de réadaptation**



### 3 Définition du programme de soins et précisions terminologiques

La différence fondamentale entre programme de réadaptation et programme de soins est que le programme de soins formalise les interventions pour un groupe homogène de patients.

Il est difficile de fonder en raison une définition intangible de parcours de soins, de santé, de vie d'une part et de programme clinique, programme de soins, chemin clinique ou itinéraire clinique d'autre part. La littérature francophone utilise des termes hétérogènes et la traduction de *clinical pathway* est également variable. Le [Lexique des parcours de A à Z de janvier 2016](#) coordonné par le secrétariat des ministères chargés des affaires sociales comporte des définitions trop hétérogènes.

La définition la plus opérationnelle est celle du [chemin clinique de la HAS de 2017](#)<sup>4</sup> : « Le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient ». Cette définition est quasi synonyme de programme de soins, programme clinique ou itinéraire clinique, même si elle entretient une certaine confusion entre programme et parcours. Le périmètre du chemin clinique est bien défini comme celui d'un **établissement, d'un réseau ou d'un exercice libéral coordonné**. Le chemin clinique suppose une organisation identifiée et un système d'information commun : « Le chemin clinique peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux. ».

La définition de ce périmètre permet de distinguer le programme de soins du parcours réel ou idéal du patient en deçà et au-delà de ce périmètre. Les deux concepts ne sont pas superposables, sauf à considérer le cas d'une organisation des soins qui serait totalement intégrée. Le programme est situé dans le périmètre défini par le chemin clinique selon la HAS tandis que le parcours considère la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire et du champ de l'action sociale et médico-sociale.

### Définition des programmes de soins en Médecine physique et de réadaptation

Les travaux de la section MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) ont permis de développer le concept de programme de soins en MPR et la mise en place d'une procédure d'accréditation de ces programmes <sup>5</sup>. L'adaptation française a été proposée par Alain Delarque et Georges de Korvin <sup>6</sup>. Les programmes peuvent aussi être accrédités par la CARF (*Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*) <sup>7</sup>. Ils s'appliquent à tous les secteurs où se déploie un processus de réadaptation, A l'hôpital il est particulièrement adapté au secteur des SSR, en hospitalisation complète ou hospitalisation à temps partiel, lorsque les objectifs principaux sont la réduction au minimum des limitations fonctionnelles.

#### **Le programme de soins en MPR repose sur :**

1. Des données épidémiologiques et des preuves scientifiques soutenant sa conception et les résultats attendus pour un groupe de patients ayant des besoins semblables.
2. Une population cible et des critères d'inclusion dans le programme.
3. Des objectifs précis de prise en charge, personnalisés.
4. Un contenu structuré et formalisé. Il peut être organisé en phases de prise en charge. Il peut détailler le déroulement et l'échéancier des interventions multidisciplinaires systématiques et prévisibles. Il s'agit en particulier de repérer les étapes pour lesquelles un risque critique est identifié.
5. Une évaluation du patient à des temps définis du programme, utilisant des moyens cliniques et/ou instrumentaux, est tracée dans le dossier du patient et fait l'objet d'une communication interprofessionnelle et au patient.
6. Des moyens adaptés à la procédure de soins : compétences, installations et équipements.
7. Des critères de fin de prise en charge et un compte-rendu final.

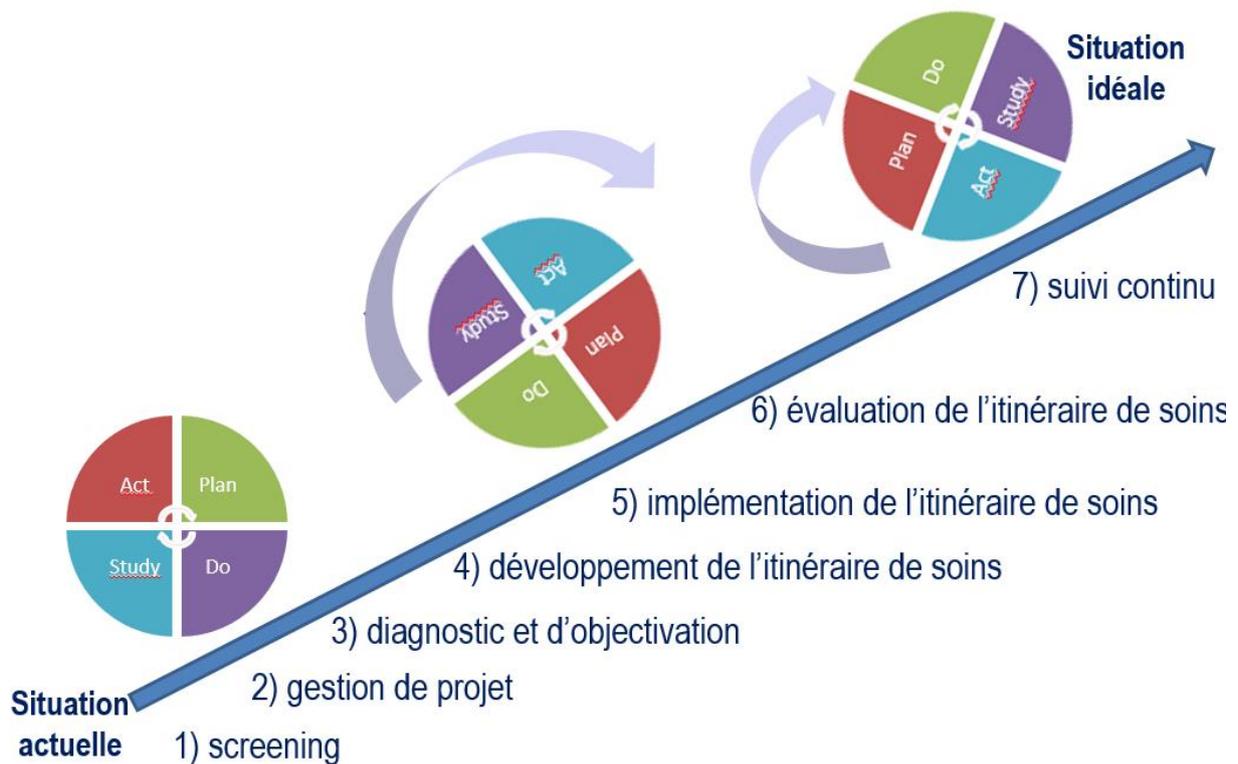
#### **Les spécificités du programme en médecine de réadaptation sont de :**

1. Définir les besoins, objectifs et résultats à partir des items de la **CIF**.
2. Décliner le **cycle de réadaptation** et attribuer les interventions au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
3. Décrire les interventions à partir d'une **nomenclature des interventions**, en France dans le secteur des SSR, c'est la classification commune des actes médicaux (CCAM) et surtout le Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) qui fournissent cette nomenclature en lien avec le financement.

#### **4 Méthodologie de construction d'un programme de soins en SSR et application à l'accident vasculaire cérébral (AVC) en hôpital de jour de MPR**

Nous présentons ici la méthode en 7 phases décrite par Vanhaecht et coll <sup>8</sup> appliquée à un chemin clinique développé en hôpital de jour (HDJ) de MPR à l'Hôpital Bichat. D'

#### **Figure 3 : modèle en 7 phase d'élaboration d'un programme de soins**



#### 4.1 Screening : optimiser un programme

La prise en charge des patients en HDJ de MPR pose des problèmes de communication, de coordination, de transparence, de standardisation et de suivi de soins appropriés. La méthode du programme de soins est apparue comme le meilleur moyen pour un groupe de patients AVC présentant un profil similaire d'organiser des soins sûrs, efficaces, efficients, prodigués au bon moment, centrés sur le patient et équitables.

#### 4.2 Gestion de projet : préparation

La délimitation claire d'un groupe homogène de patients est fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion et sur un cadre temporel : hospitalisation seulement, ou transmurale incluant partenaires d'amont et aval. L'analyse de la littérature et des recommandations : critères de prise en charge des patients en MPR, critères d'HDJ de SSR, parcours de la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) nous a conduit à choisir un groupe homogène correspondant au profil AVC n°2 des parcours de la SOFMER. Les catégories de la CIF constituent une ontologie internationale partagée pour le dossier patient, le système d'information et l'évaluation médico-économique (structures, fonctions organiques, activités et participation). Une **liste des objectifs cibles** est établie à partir des structures anatomiques en « s » des fonctions organiques en « b », des activités en « d » et des facteurs socio-environnementaux en « e ».

#### 4.3 Diagnostic et objectivation

Cette phase vise à préciser pour chaque objectif, les limites de l'organisation antérieure et ce que l'équipe souhaite ne plus voir arriver ou étapes limitantes critiques. Il est nécessaire d'intégrer la vision du patient et de sa famille, les preuves scientifiques et la législation et la collaboration avec les partenaires externes.

## 4.4 Développement

Le développement permet de formaliser les interventions-clés nécessaires pour atteindre les objectifs de processus dans une ligne de temps. La description des ressources est une étape essentielle. Logigrammes, tableaux et *check-lists* sont utilisés pour répondre aux problèmes identifiés lors de la phase de diagnostic.

L'articulation avec le système d'information (dossier patient et codage du PMSI) est fondée sur le cycle de réadaptation, à partir de l'évaluation initiale, d'une ou plusieurs évaluations intermédiaires et de l'évaluation finale selon la séquence identification des besoins, attribution, interventions, évaluation. Chaque intervention se traduit par un acte codé en CCAM ou en CSARR de telle sorte que **le codage reflète la démarche clinique des soignants.**

**La programmation d'activités collectives** sous forme d'ateliers thématiques et/ou d'activités modulaires par fonctions adaptés aux niveaux de sévérité est indispensable.

Les deux tableaux ci-dessous donnent quelques exemples du lien entre CIF et CSARR concernant des évaluations et des interventions de réadaptation.

### Exemples d'évaluations de réadaptation

Fonction ou activité	Attribution	Code	Libellé	Pond.
b710 Fonctions relatives à la mobilité des articulations	M, MK, E	MKQ+001	Éval initiale pour rééd des fonctions ostéoarticulaires du mb sup	36
		NKQ+284	Éval initiale pour rééd des fonctions ostéoarticulaires du mb inf	34
b760 Fonctions relatives au contrôle des mouvements volontaires	M, MK, E	ANQ+171	Éval initiale des fonctions sensibles et/ou motrices des mb sup	41
		ANQ+111	Éval initiale des fonctions sensibles et/ou motrices des mb inf	41
b168 Fonctions mentales du langage	O	GKQ+136	Éval. initiale des tr. de la parole, du langage et de la com.	55
		GKQ+139	Évaluation initiale du langage écrit	55
d415 Garder la position du corps	MK	CEQ+275 ...	. Évaluation initiale pour rééducation des troubles de l'équilibre	9
d420 Se transférer	MK, E	ZGQ+137	Éval/ initiale des capacités pour les ABVQ] avec mise en situation	38
d440 Activités de motricité fine	MK, E	ANQ+171 ...	Éval initiale des fonctions sensibles et/ou motrices des mb sup	41
d450 Marcher	MK, APA	NKQ+021	Évaluation de la marche en terrain plat	11
		NKQ+069	Évaluation de la marche sur parcours aménagé avec obstacles	13
d520 Prendre soin de son corps	E	ZGQ+046	Éval interm. ou évaluation ponctuelle ciblée sur une activité, des capacités du patient pour les ABVQ avec mise en situation	26
		ZGQ+294	Éval. interm. des capacités AIVQ avec mise en situation	30
d540 S'habiller	E	ZGQ+137	Évaluation initiale des capacités du patient pour les activités de base de la vie quotidienne [ABVQ] avec mise en situation	38
d220 Entreprendre des tâches multiples	M, E, O	ALQ+247 ...	Évaluation globale initiale de plusieurs fonctions cognitives	55

Abréviations : M : médecin ; MK : kinésithérapeute, E : ergothérapeute, O : orthophoniste, APA : enseignant en activité physique adaptée (note : pas de psychomotricien dans l'équipe de Bichat). Pond : pondérations du CSARR.

### Exemples d'interventions de réadaptation

Fonction ou activité	Attribution	Code	Libellé	Pond.
b710 Fonctions relatives à la mobilité des articulations	M, MK, E	PBR+256	Séance de mobilisation articulaire passive	11
		PEE+041	Séance de verticalisation sans appareil dynamique	12
b760 Fonctions relatives au contrôle des mouvements volontaires	M, MK, E	MKM+166	Séance de développement des capacités du membre supérieur non dominant ou le plus apte	43
		ANM+009	Séance de développement d'une fonction sensitive et/ou motrice du membre sup. par réalisation de plus. tâches élémentaire...	32
b168 Fonctions mentales du langage	O	GKR+181	Séance individuelle de rééducation du langage oral	44
		GKR+091	Séance de rééducation du langage écrit	44
d415 Garder la position du corps	MK	CER+223 ...	.Séance de rééducation des fonctions de l'équilibre	12
d420 Se transférer	MK, E, APA	PER+096	Séance d'apprentissage des transferts	9
d440 Activités de motricité fine	MK, E	ANR+128	Séance de rééducation des troubles de la graphomotricité	36
		AGR+102	Séance. de rééducation des fonctions neuromusculaires pour affection neurologique centrale, en phase de récupération	40
		ANM+201	Séance de restauration, dév. et compensation des apraxies gestuelles par réalisation de plus. tâches élémentaires...	28
d450 Marcher	MK, APA	NKR+174	Séance indiv. de réadaptation à la marche sur parcours aménagé	11
		NKR+006	Séance individuelle de réadaptation à la marche	11
d520 Prendre soin de son corps	E	ZFR+002	Séance de réadaptation aux activités de base de la vie quotidienne [ABVQ]	23
d540 S'habiller	E	ZFR+002	Séance de réadaptation aux activités de base de la vie quotidienne [ABVQ]	41
d220 Entreprendre des tâches multiples	M, E, O	ALM+167 ...	Séance. de restauration, dév. et compensation des fonctions exécutives par réalisation de plusieurs tâches élémentaires...	37

### 4.5 Implémentation

Le programme est mis en œuvre en informant tous les membres de l'équipe pendant une période de test dont la durée est prédéterminée. Des ajustements sont nécessaires en rapport avec les retours d'expérience de l'équipe.

### 4.6 Evaluation

L'évaluation du programme suit les principes de l'évaluation des pratiques professionnelles et doit s'inscrire dans les parcours de développement professionnel continu pour les différents professionnels de l'équipe. Les indicateurs doivent être simples, faisables, et refléter la participation de l'ensemble des intervenants à l'amélioration de la qualité du service rendu par le programme.

## **4.7 Suivi continu**

Aucun programme n'est gravé dans le marbre et chaque évaluation donnera lieu à des réajustements. Le programme doit être révisé régulièrement, en fonction de l'évolution de l'activité, de la réglementation, des niveaux de preuves, et du système d'information etc.

## **5 Faut-il développer des programmes de soins ?**

### **Le dilemme entre standardisation et personnalisation**

Le programme de soins s'inscrit dans une démarche de gestion inspirée de l'industrie. Développé au niveau de l'organisation, il permet de relier le programme individualisé au financement à la procédure en passant par une certaine standardisation des processus. Que l'on considère le programme de soins sous l'aspect d'une méthode d'amélioration de la qualité; d'une fonction de production ou d'un modèle médico-économique, c'est le meilleur moyen de mettre d'accord une équipe pluridisciplinaire en conciliant personnalisation – chaque malade a des besoins spécifiques - et standardisation – variabilité des pratiques et redondances engendrent des pertes de chances, inégalités et surcoûts évitables. Un juste équilibre doit être recherché entre standardisation et personnalisation. Trop de standardisation déshumanise et sclérose les soins mais à l'inverse, une somme d'individualités ne fait pas une équipe performante et gagnante.

### **Ce que n'est pas le programme de soins**

Le programme de soins ne résout pas tous les problèmes et se conjugue aux autres outils de la qualité. Il n'est pas un planning de soins même s'il en constitue le préalable. Ce n'est ni un plan de soins infirmiers, ni un super algorithme médical, ni un tableau synoptique des activités fournissant un planning de soins clé en main.

Il n'y a de programme de soins que développé dans chaque structure prestataire en fonction de ses spécificités, de ses besoins et de ses ressources.

### **Les avantages multiples du programme de soins en réadaptation**

Les programme de soins permettent de jeter des ponts entre l'approche médicale et les contraintes économiques. Le programme de soins articule les niveaux micro, méso et macro de l'offre de réadaptation harmonisant les logiques cliniques, managériales et économiques. Il mise sur le développement de l'intelligence collective et sur la dynamique réflexive de l'équipe <sup>9</sup>.

En réadaptation, dès lors que l'état médical des patients est stabilisé et que leurs besoins sont prévisibles, il est souhaitable d'identifier des groupes homogènes de patients qui bénéficient d'interventions similaires et d'efficacité prouvée. Ils partagent certaines caractéristiques qui constituent des critères d'inclusion dans des programmes de soins au contenu formalisé, soutenus par des compétences, installations et équipements spécifiques.

Ces programmes multidisciplinaires et médicalisés constituent des activités homogènes en termes d'objectifs cliniques, de compétences clés à mobiliser et de consommation de ressources. Le tableau 1 fournit des exemples de programmes de

soins accrédités par la section MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes ou la CARF.

#### **Exemples de programmes de réadaptation accrédités en Europe ou par la CARF**

Programmes pour patients avec lésions médullaires en phase post-aigue  
Programmes pour patients avec accidents vasculaires cérébraux en phase post-aigue  
Programmes pour patients à risque de chutes  
Programmes pour patients avec traumatisme crânien  
Programmes pour patients avec lésions des nerfs périphériques  
Programmes pour patients avec lésions cérébrales acquises  
Programmes pour patients lombalgiques avec radiculalgies  
Programmes pour patients après arthroplastie de genou ou de hanche  
Programmes pour patients après chirurgie de la coiffe des rotateurs  
Programmes pour patients après reconstruction du ligament croisé antérieur  
Programmes interdisciplinaires pour patients douloureux  
Programmes interdisciplinaires pour prise en charge des pieds diabétiques  
Programmes de réadaptation du cancer  
Programmes pour patients amputés  
Programmes pour réadaptation professionnelle  
Programmes pour troubles d'apprentissage  
Programmes pour patients greffés du cœur, du poumon  
...

Ils permettent de corriger les défauts constatés dans d'autres pays après l'introduction des paiements à l'activité. Dans le contexte français, ils doivent servir de support tant à l'identification des activités spécifiques et gradées de SSR par le droit des autorisations – implantations et conditions techniques de fonctionnement - que pour les travaux sur le modèle de financement à l'activité des SSR.

#### **Systeme d'information, dossier patient**

Il n'y a de programme de soins qu'en lien avec un dossier partagé et un système d'information robuste articulant les aspects cliniques médico-économiques n'omettant pas la perspective de recherche sur des données de santé convenablement collectées, organisées et accessibles. A cet égard le choix des outils de description des patients doit articuler des objectifs souvent contradictoires, en évitant la chronophage d'un *reporting* multidirectionnel, chaotique et peu intégré.

#### **Programmes de soins et qualité des soins**

Les programmes de soins sont un outil au service de la qualité dès lors que l'on définit celle-ci selon une rationalité clinique. Il ne s'agit pas de l'atteinte de résultats définis par la technostucture du système de santé, mais bien, selon la norme ISO, de considérer la qualité comme ensemble des caractéristiques qui confèrent à la prestation fournie l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites du patient et qui le satisfont effectivement. Cette définition seule offre aux équipes la possibilité de se mettre d'accord sur les composantes de la valeur, tout en articulant leurs pratiques avec les attentes d'autres parties prenantes.

#### **Intégration des parcours de soins**

Le programme de soins se développe dans une organisation ou un réseau structuré. La juxtaposition de programmes insuffisamment coordonnés entre eux au sein d'un parcours peut nuire à son intégration. Il faut envisager soit des regroupements institutionnels qui permettent d'envisager des programmes transmuraux plus étendus, soit des mécanismes de liaison adaptés qui doivent assurer la complémentarité entre intégration et différenciation des services spécialisés.

## Conclusion

Le programmes de soins en réadaptation est trans-institutionnel, il s'applique aussi bien aux SSR qu'à la médecine de réadaptation (dont la MPR) exercée en MCO ou en libéral. Il permet de définir les moyens humains et matériels adaptés à des objectifs centrés sur les besoins des patients et de justifier un financement pertinent au regard de ces objectifs et de ces moyens.

Il est impératif que les médecins et les professionnels des équipes de réadaptation prennent en main l'élaboration de de type de standards au lieu de déléguer cette tâche aux économistes de santé <sup>10</sup>.

Les programme de soins améliorent la satisfaction du patient, de son entourage et des équipes cliniques. Ils renforcent la communication interprofessionnelle ainsi que l'efficience organisationnelle et financière.

## Bibliographie

1 OMS- Rapport mondial sur le handicap. 2011 URL :

[https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/fr/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/)

2 Réadaptation 2030 : <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030-call-for-action/en/>

3 White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7.. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2018 April;54(2):230-60

4 HAS Chemin clinique. Url : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin\\_clinique\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf)

5 [UEMS section MPR Commission des affaires cliniques](#)

6 De Korvin G et al. Accréditation européenne des programmes de soin en médecine physique et de réadaptation. Objectifs, phase pilote, nouvelle procédure. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2010. 53 : 352-368

7 CARF. <http://www.carf.org/home/>

8 Le modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires de soins. <https://www.health.belgium.be/fr/modele-en-7-phases>

9 Reyes P, Dancausse F. L'intérêt et la place du chemin clinique. Gestions Hospitalières. 2014. 534 : 158-164

10 Laifer G, Gaudenz R, Meier CA. A propos des parcours cliniques. Forum Med Suisse. 2009 :9 (26-27) : 470-472