

Le CNP de MPR appelle les pouvoirs publics à une réglementation robuste des prestations et du financement de la télé-réadaptation

La télé-réadaptation (TR) est un moyen d'offrir à distance des services de réadaptation à l'aide des technologies de l'information et de la communication. Le CNP de MPR est favorable à l'usage de la télé-réadaptation et soutient une recherche orientée sur la performance de ces programmes avec un niveau de preuves suffisant. Les pouvoirs publics soutiennent son développement, encouragent les expérimentations et y consacrent des enveloppes budgétaires dédiées. La DGOS anime un groupe de travail ciblant les SMR, réunissant les fédérations hospitalières impliquées dans ce champ. Les CNP n'y ont pas été associés mais certaines fédérations ont invité des représentants de spécialités médicales.

La TR permet de nouvelles interventions, l'amélioration de l'accès aux soins et de la continuité des parcours, la réduction des coûts et la poursuite du virage ambulatoire. Toutefois une spécification des interventions doit distinguer la fonction de prévention de celle de réadaptation. Elle ne peut être organisée et financée à partir du seul secteur des Soins médicaux et de réadaptation (SMR) sous peine d'inciter à une substitution des soins par des prestations qui relèvent d'autres secteurs ou dont l'efficacité est encore insuffisamment prouvée. Cela risque d'affaiblir un champ déjà menacé et en baisse globale d'activité depuis 2019.

1. La télé-réadaptation ne doit pas être assimilée à du « télé-SMR »

L'instruction du 28 septembre 2022 décrit les 5 missions des SMR : **la prévention, les soins médicaux curatifs, la réadaptation, les soins de transition et la coordination**. Elle fait de la réadaptation une composante fondamentale du système de santé qui épouse la définition de l'OMS. Les objectifs et types d'interventions en réadaptation sont bien délimités par le Catalogue Spécifique des Actes de Réadaptation ([CSAR](#)).

La prévention, les soins curatifs des maladies aiguës ou chroniques et la réadaptation supposent des organisations, des prestations, des modes de financement et de remboursement par l'assurance maladie, des compétences clés, une recherche et une catégorisation de l'information bien différenciés. Le **tableau 1** donne des exemples d'interventions dans ces domaines.

2. Le modèle médico-économique de la télé-réadaptation en SMR ne doit pas être assimilé à la « Télé-HDJ » ou « e-HDJ »

Comment postuler que procédures, les coûts et les services rendus en hôpital de jour et en télé-réadaptation sont homogènes ? Les modèles promus permettent de remplacer des journées présentiels et de prolonger la durée des épisodes de soins par les journées d'e-HDJ sans preuve d'équivalence de l'efficacité des soins. La durée de prise en charge doit-elle être limitée comme en HAD et avec quelle pertinence des durées proposées ? Avec quels niveaux de preuve ? Comment réguler la fréquence des réinductions de soins en e-HDJ et leurs durées ?

Quel impact un tel modèle médico-économique peut-il avoir dans le contexte actuel ? A moyens constants, l'incitation trop forte à l'utilisation des compétences des établissements SMR pour des soins non spécifiquement hospitaliers doit être discutée. Si elle apporte le support indispensable des compétences spécialisées des SMR, elle porte le risque de substitution économique des activités hospitalières conventionnelles et à temps partiel. La pertinence de ces substitutions, *a fortiori* en comptabilisant l'asynchrone où il n'y a pas d'interaction directe avec

un thérapeute reste à démontrer en l'absence de critères objectifs d'orientation des patients. Jusqu'où veut-on aller dans la réduction du capacitaire en SMR ?

La réadaptation est une fonction composante de la qualité des soins, un « panier de soins » répondant à des besoins spécifiques. Elle relève d'une valorisation spécifique distincte des autres missions des SMR. L'articulation des soins en SMR et de la télé-réadaptation, impérative, doit se faire sous d'autres modalités de financement que l'e-HDJ et par d'autres prestataires que les seules structures de SMR, à l'instar des autres modes de réadaptation ambulatoires et à domicile.

3. La télé-réadaptation doit se déployer dans le cadre d'un dispositif national, régional et territorial de réadaptation non limité aux SMR.

La télé-réadaptation a été déployée en SMR lors de la pandémie, alors que les modalités ambulatoires et à domicile de la réadaptation étaient inactivées ; elle ne peut toutefois s'y limiter. Le virage ambulatoire et domiciliaire, la réadaptation au domicile sous forme d'HAD /HAD-R, d'équipes mobiles ou de soins de ville nécessitent la promotion de stratégies et de dispositifs nationaux de réadaptation, bien distinguées des soins aux maladies chroniques.

La télé-réadaptation, devra faire l'objet de recherches facilitées pour en prouver l'efficacité en la distinguant bien des interventions de prévention. Les critères d'orientation et d'exclusion doivent être précisés. Lorsque la TR s'inscrit dans un programme de réadaptation en présentiel, elle doit inclure *a minima* une évaluation initiale, intermédiaire et finale. Elle devra s'appuyer sur le développement de formations spécifiques indépendantes des fournisseurs de dispositifs. Elle devra se décliner dans tous les secteurs : hospitaliers, les soins de ville et secteur médico-social, en précisant leurs critères et périmètres selon les différents secteurs.

Tableau 1 : distinguer les missions de prévention et de réadaptation

Après un AVC ou un infarctus du myocarde, de nombreuses interventions de prévention et de réadaptation sont indispensables mais doivent impérativement être distinguées :

Interventions de prévention, de soins curatifs ou de soins de bien être	Interventions de réadaptation au sens de l'instruction du 28/09/2025 et du CSAR)
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle tensionnel • Baisse du LDL cholestérol • Gestion des médicaments, conciliation médicamenteuse • Education thérapeutique • Comportement alimentaire • Activité physique • Réduire le stress • Adaptation psychosociale • Contrôle des autres FDR • Télésurveillance (m-santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Marche • Equilibre • Coordination • Préhension • Transferts • Communication • Mémoire, attention, fonctions exécutives... • Troubles vésico-sphinctériens • Réentraînement à l'effort • Réadaptation professionnelle...
<p>Ces interventions se prêtent aisément à l'e-santé avec des interventions distancielles, des phases asynchrones et des interventions collectives. Elles ne nécessitent pas de compétences spécialisées de réadaptation. Il n'y a pas de corps à corps ni de personnalisation en face à face.</p>	<p>Interventions souvent en corps à corps avec contact physique, face à face, spécialisation des interventions avec métiers dits de la réadaptation. L'efficacité des interventions de télé-réadaptation, encore peu prouvée devra s'appuyer sur la recherche ainsi que l'évaluation des dispositifs.</p>