

Télé-réadaptation : pour un écosystème accessible et gradé

Note de positionnement

La télé-réadaptation connaît un essor rapide. Elle est promue par les pouvoirs publics pour améliorer l'accès aux soins de réadaptation dans un contexte démographique tendu. Ils soutiennent son développement, encouragent les industriels, les prestataires et les expérimentations. Ils y consacrent des enveloppes budgétaires dédiées.

Deux expérimentations de réadaptation cardiaque à domicile ([Walk'Hop](#)) ou hybride ([Read'hy](#)) sont entrées en période transitoire, avant une éventuelle généralisation.

Le cadre législatif et réglementaire nécessite toutefois d'être rapidement clarifié.

Si les parcours hybrides (présentiel + distanciel) peuvent produire des bénéfices fonctionnels à court terme, les modalités trop imprécises d'organisation et de financement font peser un risque systémique sur l'équilibre du système de soins comme en témoignent ces deux documents relatifs à la télé-réadaptation :

[Avis CSMF sur les expérimentations READ'HY et WALK'HOP](#)

[Note du CNP de MPR : pour une réglementation robuste de la télé-réadaptation](#)

Dans l'attente d'une réglementation robuste de la télé-réadaptation, le SYFMER attire l'attention des pouvoirs publics sur des inquiétudes majeures :

- Confusion persistante avec l'organisation et le financement des HDJ de SMR,
- Inclusion de soins qui ne relèvent pas de la réadaptation au sens de l'OMS, faute de nomenclature robuste,
- Captation excessive des ressources au détriment de soins présentiels en ville ou en établissements,
- Financiarisation avec promotion de modèles économiques favorisant la multiplication des actes sans contact physique et/ou collectifs.

Le SYFMER réaffirme que le processus de décision doit être réformé pour **associer plus étroitement les parties prenantes** et notamment les CNP regroupant sociétés savantes et syndicats. C'est la condition pour introduire la concertation et la prudence nécessaires dans une réglementation soumise à des stratégies d'influences multiples.

1. Définitions : télésanté et télé-réadaptation

La télésanté regroupe l'ensemble des activités (soin, consultation, etc..) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique. La télésanté est composée de 2 domaines d'activités :

La télé médecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical ; cinq actes de télé médecine sont identifiés

- Téléconsultation
- Téléexpertise
- Télésurveillance médicale
- Téléassistance médicale
- Réponse médicale (régulation des appels urgences)

Le télé soin pour les activités réalisées à distance par un professionnel paramédical ou par un pharmacien.

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. Elle se développe notamment dans le champ des affections cardiaques, respiratoires, de l'appareil locomoteur et du système nerveux. Le SYFMER est favorable à l'usage de la télé-réadaptation et soutient la recherche orientée sur la performance et le juste financement de ces programmes avec un niveau de preuves suffisant.

Enjeux pour l'organisation et le financement de la télé-réadaptation

2. Les solutions de télé-réadaptation

Les solutions s'associent en proportions variables :

- **Télé-surveillance** : il s'agit de suivre à distance la progression des programmes de rééducation à domicile par des indicateurs et des tableaux de bords avec gestion complications ou des alertes.
- **Télé-réadaptation supervisée en asynchrone** par collecte de données à distance, sans interaction en temps réel, correspond à une auto-rééducation guidée par un professionnel de santé grâce aux données transmises. L'objectif est de **prolonger et consolider les bénéfices du programme de réadaptation intensive**.
- **Télé-réadaptation proprement dite** avec interventions **synchrones** en face à face. Des ateliers en ligne peuvent également lui être proposés en fonction des besoins. Le professionnel de santé peut ainsi en temps réel évaluer, suivre et accompagner un patient à distance dans son programme de réadaptation.

Ces trois solutions sont actuellement proposées sous forme **hybride** par de nombreux promoteurs. Proposer comme seul cadre de rémunération un modèle économique d'e-HDJ ferait peser un risque de déstructuration de l'écosystème ville-hôpital de réadaptation.

Les modèles organisationnels et financiers de télé-réadaptation doivent être réglementés avec prudence pour un périmètre mieux défini des soins de réadaptation.

3. Le champ de la réadaptation et de la télé-réadaptation

La télé-réadaptation ne peut être pensée comme une simple déclinaison numérique de l'hospitalisation de jour en SMR (« e-HDJ »). C'est une composante transversale du soin, définie par les cadres conceptuels internationaux de l'OMS et la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). Elle se déploie dans tous les secteurs : soins aigus et SMR, soins de ville, secteur médico-social, HAD, équipes mobiles. Ces structures forment des dispositifs territoriaux.

La télé-réadaptation doit s'inscrire dans une gradation de l'offre de soins, son financement et son organisation doivent assurer une cohérence de l'intervention des différents acteurs de la réadaptation ambulatoire et à domicile. En ce sens, son déploiement ne peut pas se limiter au SMR.

Un cadre encore confus, variable selon les disciplines médicales

Nous pouvons schématiquement décrire **trois idéaux types de réadaptation** face auxquels la réglementation devra fixer des cadres précis pour les industriels, les prestataires, les organisations professionnelles et les fédérations hospitalières.

Modèle de l'optimisation de la fonction : il répond à la définition OMS de la réadaptation et au modèle international des comptes de la santé. Les interventions sont décrites dans des nomenclatures articulées à la CIF.

Modèle des maladies chroniques : il inclut tout ce qui peut influencer favorablement le processus évolutif de la maladie : prévention secondaire et tertiaire, télésurveillance, conciliation médicamenteuse, toutes formes d'Education thérapeutique du patient (comorbidités, gestion des traitements) et d'Activité physique adaptée, gestion et conseil sur les facteurs de risques, conseils nutritionnels, approche psychosociale, modification des styles de vie.

Modèle de la santé mentale : la réhabilitation psychosociale inclut remédiation cognitive, entraînement à la cognition sociale, psychoéducation, thérapies comportementales et cognitives, groupes de thérapie corporelle et de pleine conscience, compétences et habiletés sociales, estime de soi, développement personnel et accompagnement de projets.

Les modèles extensifs des maladies chroniques et de la santé mentale incluent de fortes proportions d'interventions sans contact physique, non dédiées ou collectives ce qui n'est pas sans impact sur la construction des modèles économiques.

4. Les expérimentations

Si les expérimentations montrent des bénéfices fonctionnels et une bonne observance à court terme, elles ne permettent pas, en l'état, d'évaluer de façon robuste l'impact de la télé-réadaptation. Des recherches doivent être poursuivies.

On note qu'elles concernent principalement des patients à faible risque, autonomes, technologiquement capables, peu comorbides. Ces profils correspondent précisément à ceux pour lesquels l'offre de réadaptation de ville (cardiologues, kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, psychologues, tabacologues...) est la plus efficiente.

Le choix d'orienter ces patients vers des dispositifs hospitaliers à distance revient à mobiliser des ressources SMR des établissements sanitaires sur des profils qui pourraient être traités en ville, tandis que les patients complexes continuent à saturer les structures hospitalières. Cela interroge sur l'usage collectif pertinent des ressources.

5. Des modèles économiques en contexte de financiarisation

La composante numérique est le principal moteur d'une pression inflationniste : les industriels revendiquent déjà des niveaux de rémunération similaires à ceux des

thérapies numériques et supérieurs aux forfaits expérimentaux. Le financement tend ainsi à suivre la plateforme plutôt que la prestation de soin.

Le financement par forfait global favorise la standardisation et la recherche de volume, au détriment de l'individualisation et du temps clinique dédié. Sans régulation, cela expose le système à une captation progressive des financements de la réadaptation par des opérateurs numériques, au détriment de l'offre présentielle et de la ville.

6. La télé-réadaptation doit s'inscrire dans un écosystème territorial

L'intégration ville-hôpital est un levier majeur. La télé-réadaptation doit être conçue comme un levier de décloisonnement ville hôpital, s'inscrivant dans un dispositif de réadaptation gradué associant SMR, ville et domicile, au service de l'accessibilité, de la qualité, de la pertinence des soins et de l'équité d'accès pour les patients.

Définir clairement le champ d'application de la Réadaptation permet de réduire le risque d'intégrer des interventions susceptibles de compromettre les activités de réadaptation déjà vulnérables. Il s'agit d'éviter de **capter des ressources rares de façon inadaptée** à l'heure où de nombreux patients ne reçoivent plus les soins requis aussi bien en ville qu'en établissements.

7. Points de vigilance :

- ✓ Les expérimentations actuelles de télé-réadaptation concernent majoritairement des patients autonomes et à faible risque dont les profils de besoins sont « simples » et relèvent naturellement de l'offre de réadaptation de ville.
- ✓ La télé-réadaptation ne peut être réduite à une "e-HDJ" : conformément aux cadres de l'OMS elle doit s'inscrire dans un dispositif national de réadaptation gradué, associant tous les acteurs de réadaptation du système de santé.
- ✓ L'intégration des professionnels de ville est un levier majeur pour lutter contre le sous-recours à la réadaptation, en permettant l'inclusion de patients bien au-delà du seul parcours post-hospitalier. Outre les maisons et centres de santé, les structures libérales légères (SLL) peuvent constituer un cadre opérationnel pertinent pour développer des parcours hybrides. Les **Equipes de soins spécialisées et les CPTS** pourraient contribuer à des missions supplémentaires de coordination dans le cadre de la télé-réadaptation, mais leurs modalités de financement devront être adaptées.
- ✓ Les modèles économiques en construction s'inscrivent dans une dynamique de financiarisation avec un risque de détournement des ressources humaines et financières du soin présentiel, en face à face et de la proximité.
- ✓ La télé-réadaptation doit être conçue comme un levier de décloisonnement ville hôpital, s'inscrivant dans un dispositif de réadaptation gradué associant soins hospitaliers, soins ambulatoires et à domicile et soins en secteur médico-social au service de la qualité, de la pertinence des soins et de l'équité d'accès pour les patients.
- ✓ La télé-réadaptation est une opportunité majeure, mais elle engage l'organisation du système de soins. Il est indispensable d'associer les CNP comme parties prenantes dans la perspective d'une réglementation concertée et prudente.

Annexes

Figure 1 :

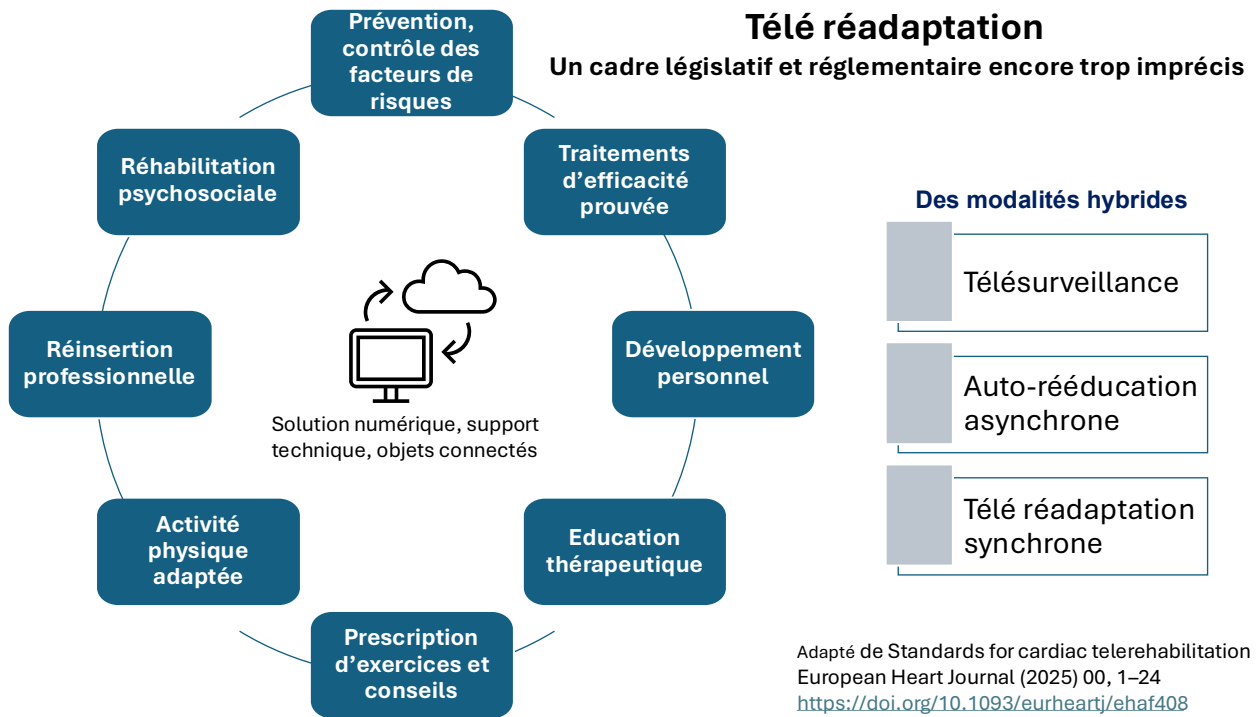
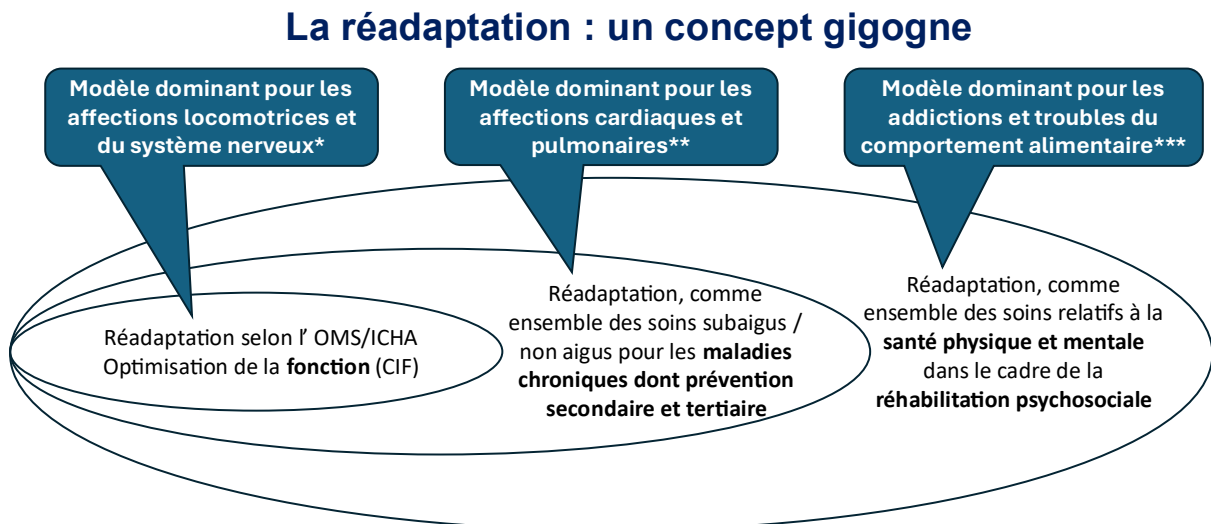


Figure 2 : vers un cadre conceptuel plus clair pour la réadaptation



* Limité aux structures, professions et interventions définies par l'OMS, l'ICHA et l'ICHI (voir « réadaptation 2030 »)

** Inclut éducation thérapeutique, observance des traitements, activité physique, gestion des FDR, télésurveillance

*** Inclut les interventions de réhabilitation psychosociale

S'il est impossible de fonder en raison une définition unique, alors il faut des nomenclatures des interventions de Réadaptat ion
Il est impossible d'appliquer la même nomenclature à tous les types de SMR et d'en extraire une classification unique

Tableau 1 : des modèles plus ou moins extensifs de réadaptation

Modèle d'optimisation de la fonction (ex. programmes de MPR)	Modèle des maladies chroniques (ex. programmes de réadaptation cardiaque)	Modèle de la santé mentale (ex. programmes en addictologie)
Réadaptation des structures anatomiques	Prévention secondaire et tertiaire	Remédiation cognitive
Réadaptation des fonctions cérébrales (langage, mémoire, attention, concentration...)	Télesurveillance	Entraînement à la cognition sociale
Réadaptation des fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	Modification des styles de vie	Psychoéducation
Réadaptation des fonctions sensorielles et douleur,	Toutes formes d'éducation thérapeutique (comorbidités, gestion des traitements, APA...)	Thérapies comportementales et cognitives
Réadaptation des fonctions de la voix et de la parole	Gestion et conseil sur les facteurs de risques	Compétences et habiletés sociales
Réadaptation des fonctions génito-urinaire et reproductives	Approche psychosociale	Groupes de thérapie corporelle et de pleine conscience
Réadaptation des autres fonctions organiques	Conseils nutritionnels	Estime de soi
Réadaptation des activités	Réadaptation visant l'optimisation de la fonction	Développement personnel
Réadaptation de la participation en interaction avec les facteurs socio-environnementaux		Accompagnement de projets
Faible proportion d'actes sans contact, non dédiés et collectifs	Forte proportion d'actes sans contact, non dédiés et collectifs	Très forte proportion d'actes sans contact, non dédiés et collectifs

Tableau 2 : proportion d'actes collectifs pour quelques groupes nosologiques en SMR

Activités à forte proportion d'interventions individuelles versus activités à forte proportion d'interventions non dédiées ou collectives

	GN 0147 2024 Accident vasculaire cérébral avec hémiplégié	GN 0841 2024 Arthrose du genou avec implant articulaire	GN 1006 2024 Obésité	GN 1903 Toxicomanie avec dépendance	GN 0406 2024 IRC et BPCO	GN 0509 2024 Coronaropathies (sans pontage)
Nb établissements	1122	1140	523	593	1125	972
Nb Journées HC et HTP	1 691 660	1 933 204	879 064	1 022 799	779 730	754 947
Score moyen dépendance	14,20	9,41	7,91	8,39	9,37	7,03
Actes individuels dédiés (AID)	4 213 876	3 699 338	1 079 308	758 916	922 814	583 443
Actes individuels non dédiés	401 323 (9,5 % en proportion des AID)	776 111 (20 % // AID)	576 209 (53% // AID)	323 340 (42% // AID)	223 109 (24%)	403 478 (69%)
Actes collectifs	226 133 (5 % // AID)	467 676 (12 % // AID)	1 103 833 (102% // AID)	1 013 430 (133 % // AID)	868 005 (94% // AID)	1 245 197 (213 % // AID)
Nb moyen de patients par acte collectif	5,05	6,05	8,70	9,76	7,53	8,57

Faut-il différencier la classification selon les activités autorisées ?

8

Données extraites de ScanSanté pour l'année 2024

L'analyse de Scansanté, accessible à tous montre bien la proportion variable des actes collectifs selon les activités, approchées par quelques groupes nosologiques.